Nr. 12. 19. marca 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Z. DZIEMBOWSKI. Bydgoszcz.

O postępach nowoczesnej chirurgji *).

Pragnę w moim odczycie poruszyć kilka zagadnień dotyczących nowoczesnej chirurgji, jej rozwoju i postępów w ostatnim czasie, nadmieniając zgóry, że na tem miejscu tylko o takich będę mówił sprawach, które nietylko zajmują fachowca chirurga ale posiadają znaczenie dla ogółu lekarzy. Dla tych ostatnich przeznaczam wykład mój, a z tego też właśnie powodu mówić będę li tylko o postępach istotnych, t. j. o tych nowych drogach i sukcesach chirurgji, których walor uznany jest już ostatecznie przez uczonych i klinicystów.

Jeżeli zacząć mnie wolno od określenia roli, jaką w praktyce nowoczesnego lekarza odgrywa zabieg operacyjny, który niezbyt dawno temu jeszcze bądźto w wyobraźni publiczności, bądź też w kołach mniej postępowych lekarzy uchodził za coś nader groźnego coś, czego chwytać się można chyba tylko jako *ultimum refugium*, to tak pozwolę sobie ująć sprawę. Mimo znakomitych sukcesów i postępów chirurgji, które zdolne są u entuzjastów wywołać wrażenie, że operacja, dzięki wielkiej skuteczności w tak licznych przypadkach winna być w jak najszerszym zakresie stosowana, że leczenie operacyjne, skoro tylko w danej chorobie w grę wchodzi, posiada pierwszeństwo przed innemi metodami leczniczemi, nie przestał zabieg operacyjny być pewnego rodzaju *malum necessarium*, nie przestał być takim środkiem, który dobrze określa słowo niemieckie *„Notbehelf"*. Każdy zabieg chirurgiczny mimo wszelkich postępów kryje w sobie ryzyka, które po części nawet i w dzisiejszej erze znamy niedostatecznie. Powiedziałbym, że chirurgja dlatego tak doniosłe ostatniemi czasy poczyniła postępy, że w dużej mierze uwzględnia się znaczenie uprzedniego przeciwstawiania się ujemnym skutkom operacji i dodatkowych z operacją związanych zabiegów chirurga przez odpowiednie leczenie przygotowawcze i następowe. Powiedziałbym też, że lepsze zapoznanie się operatorów ze złemi skutkami, które wstrząs operacyjny i inne z operacji wynikające szkodliwe dla organizmu czynniki na organizm, jego tkanki, narządy i systemy narządów oraz przejawy życiowe wywierają, więcej może przyczyniło się dla dobra sprawy aniżeli wydoskonalenie się w technice operacyjnej. Dlatego też nowoczesny chirurg tak ujmie ogólnie kwestję wskazania do wykonania zabiegu: jeżeli u chorego zaistnieją objawy, które nakazują przyjąć lub też wzbudzają podejrzenie, że w jamie brzusznej pacjenta uległ zapalnemu schorzeniu wyrostek robaczkowy lub inny narząd sąsiedni (pęcherz żółciowy, trąbka) tak, że sprawa grozi wywiązaniem się groźnego w najwyższym stopniu zapalenia otrzewnej, lub że nastąpiło z jakiegobądź powodu, samoistne lub pourazowe pęknięcie któregoś z odcinków przewodu pokarmowego niemniej zagrażające zapaleniem otrzewnej — lub że z jakiegobądź powodu nastąpiła niedrożność przewodu pokarmowego; lub że z jakiegobądź powodu wskutek samoistnego pęknięcia lub urazowego uszkodzenia przedarte zostało większe naczynie krwionośne jakiegobądź narządu powodując groźny krwotok do wnętrza jamy brzusznej; lub że we wspólnym przewodzie żółciowym utknął kamień sprawiając niedrożność i tem samem żółtaczkę oraz zagrażając pojawieniem się w krótkim czasie zatrucia żółciowego, wtedy należy uważać bezwzględnie usunięcie niebezpieczeństwa tej miary za nakaz chwili. Byłoby w takich warunkach błędem nie do darowania, gdyby lekarz zamiast interwenjować zaprzepaścił cenny czas, celem definitywnego ustalenia rozpoznania lub przekonania się co do ewentualnej skuteczności prób leczenia zachowawczego. Inaczej jednak rzecz przedstawiać się będzie, jeżeli w danym stanie lub okresie chorobowym zabieg operacyjny usuwa tylko szczególnie przykry lub groźny dla chorego objaw danej choroby, nie mając jednak wpływu na samą chorobę jako taką względnie na czynnik chorobotwórczy (np. kamica nerkowa), lub jeżeli operacja w danej chorobie, wywołanej przez kilka czynników chorobotwórczych, może tylko wpłynąć na jeden choćby i najważniejszy z nich (np. choroba B a s e d o w a), lub jeżeli zabieg operacyjny nie będąc w stanie usunąć ognisk danej choroby z organizmu może tylko ułatwić ich stopniowe wygojenie stwarzając mechanicznie warunki dla gojenia dogodne (np. gruźlica płuc i jej chirurgiczne leczenie). W takich okolicznościach byłoby błędnem wysuwać operację na plan pierwszy, narażając chorego na szybkie pojawienie się nawrotu, dając mu tylko w zamian poprawę częściową małowartościową oraz stwarzając przytem wskutek urazu operacyjnego i innych czynników warunki dla dalszego leczenia całkiem niepomyślne. W tych to wspomnianych oraz w analogicznych okolicznościach należy w pierwszym rzędzie wyzyskać całkowicie możliwości, które nam daje zachowawcze leczenie względem zwalczania czynnika lub czynników chorobotwórczych. Zabieg operacyjny, o ile zajdzie jeszcze jego potrzeba, usunie już tylko z mniej lub więcej uzdrowionego organizmu czynniki, ból i powikłania powodujące (np. kamienie nerkowe) lub czynniki chorobotwórcze jeszcze pozostałe nadające się do operatywnego usunięcia (tarczyca w chorobie Basedowa) lub też dopomoże zapomocą korzystnego ukształtowania krążenia krwi w danym narządzie zapomocą unieruchomienia jego i tym podobnych czynników natury mechanicznej do ostatecznego przezwyciężenia i zasklepienia ognisk chorobowych, do czego leczenie zachowawcze było niezdolne (leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc).

A więc w kwestji wskazań do operacji powściągliwość dyktowana nowoczesnemi zdobyczami wiedzy w dziedzinie znajomości wpływu urazu operacyjnego i innych z operacją połączonych czynników szkodliwych z jednej strony oraz postępy w dziedzinie znajomości czynników chorobotwórczych jako takich i możliwości i widoków stosowania wobec nich metod leczniczych czyto operacyjnych czy też zachowawczych z drugiej strony, przyczyniły się mimo ogromnego rozszerzenia widnokręgu lecznictwa chirurgicznego i jego wspaniałych sukcesów do następującego ujęcia sprawy: nie ów brawurowo wykonany, doszczętny, wielki zabieg jest ideałem chirurgji, lecz ten zabieg, który umotywowany jest tylko zasadami lekarskiego sumienia.

By przytoczyć przykład, powiem słów kilka o leczeniu chirurgicznem wrzodu żołądka. Sprawa ta nie schodzi z dyskusji od lat szeregu. Gdy jedna część chirurgów doradza operację doszczętną, drudzy skłaniają sie do stosowania zabiegu zachowawczego, jakim jest zespolenie żołądkowo-jelitowe. Tomy całe obejmuje owa dyskusja i niezliczone argumenty przytaczane przez obie strony. W pierwszych okresach przejścia do ofensywy zwolenników resekcji przemawiały do przekonania takie argumenty: że wrzód pozostały po zastosowaniu zespolenia ogromnie łatwo ulega złośliwemu zwyrodnieniu, że w bardzo wielkiej liczbie przypadków zespolenia powstaje wrzód trawienny jelita czczego niszczący zupełnie pierwotny krótkotrwały dobry wynik operacji, że zespolenie żołądkowo-jelitowe jest kalectwem przewodu pokarmowego i samo jako takie wywołuje ciężkie zaburzenia, że tylko po wykonaniu resekcji, (której, jeśli chodzi o skutki utraty dużej części żołądka, obawiać się nie potrzeba, gdyż organizm ludzki znosi ją bez najmniejszej szkody), otrzymuje się poprawę zupełną i trwałą. W obecnej chwili głosy zalecające powściągliwość, które *nota bene* nie milkły nigdy, znajdują szeroki posłuch i pojawiają się ze strony wybitnych przedstawicieli naszej wiedzy. Doświadczenie nauczyło nas, że zbyt pochopnie wypowiedziane zostało zdanie o niebezpieczeństwie rakowego zwyrodnienia wrzodu żołądka względnie blizny po nim pozostałej. Niektóre statystyki wykazują wręcz przeciwnie, że rak żołądka pojawia się badzo rzadko u osobników dotkniętych wrzodem. Znaczenie wrzodu trawiennego jelita czczego okazało się przesadzone. Pojawia się on z niewielkiemi wyjątkami tylko wówczas, gdy oprócz zespolenia zastosowano dodatkowo zamknięcie operacyjne odźwiernika. Zabieg ten zapoznaje myśl przewodnią i podstawową zespolenia żołądkowo-jelitowego, które wytwarza rodzaj wewnętrznej apteki. Zamknięcie odźwiernika powoduje niepohamowane przedostawanie się nadkwaśnej i trawiąco na śluzówkę działającej treści żołądka do jelita czczego. Zaburzenia i przypadłości po zespoleniu (*„Gastroenterostomiekrankheit"*) pojawiają się prawie wyłącznie tam, gdzie zabieg niepotrzebnie, bez należytego wskazania lub wadliwie wykonano, zwłaszcza w takich przypadkach, w których drożność odźwiernika i dwunastnicy niczem upośledzoną nie była. Co się zaś tyczy tezy, że tak dużą partję żołądka, jak to się czyni z okazji doszczętnego operowania wrzodu żołądka, można wyciąć bez ujemnych następstw, to trudno oprzeć się zastrzeżeniom. Zbyt dobrze bowiem

---

*) Wedle odczytu w sekcji naukowej Związku Lekarzy P. P. obwodu Bydgoskiego.

wiemy, jak wielkie znaczenie ma żołądek względnie jego poszczególne partje czyto pod względem całokształtu trawienia, czy też pod względem hormonalnym. To też nasuwają się duże wątpliwości, gdy słyszy się np. zdanie wypowiedziane niedawno przez jednego z najwybitniejszych chirurgów niemieckich, zwolennika doszczętnej operacji, że powodem dolegliwości po doszczętnem postępowaniu operacyjnem jest dzisiejsza systemem ubezpieczeniowym wywołana skłonność ludzi do ciągnienia zysków z choroby, do *„morbus rentalis"*, jednem słowem do nieprzyznawania się do wyleczenia zupełnego. Z pewnością, że doszczętne, względnie rozległe bardzo wycięcie żołądka może nie pociągać ujemnego skutku wynikającego z ubytku żołądka jako takiego. Będzie to miało miejsce wtedy, gdy proces chorobowy stopniowo niszcząc to, co usuniętem zostało przez operację, przygotował organizm względnie przyzwyczaił przewód pokarmowy i system gruczołów dokrewnych do ubytku tak, że inne gruczoły, czyto trawienne czy dokrewne nastrojone zostały do odpowiednio zmienionej względnie nawet zastępczej czynności. Nie chcę tu bynajmniej wpływać w kierunku zmiany poglądów i postępowania przyjętego przez nas operatorów ogólnie w tej kwestji i nie byłbym bodaj chirurgiem, gdybym nie przyznał, że ideałem postępowania może być tylko doszczętne usunięcie owrzodzenia i części żołądka na nawroty narażonej. Myślę jednak, że z drugiej strony słuszność przyznać trzeba tym na ściśle lekarskiem stanowisku stojącym przedstawicielom chirurgji, którzy podkreślają, że w cierpieniu takiem jak wrzód żołądka, o tak bardzo różnym w poszczególnych przypadkach podkładzie genetycznym, anatomicznym i obrazie klinicznym, postępowanie chirurgiczne — nie mówiąc już szerzej lecznicze — nie może być zawsze jednakowe.

Chirurg pomny swego lekarskiego sumienia starać się będzie, by poddawany operacji chory jak najmniej ucierpiał na skutek wstrząsu operacyjnego i wszystkich możliwych ujemnych następstw operacji, daje pierwszeństwo w razie wyboru między większym a mniejszym zabiegiem temu ostatniemu. Jednak nie wolno mu zaniechać większej operacji, jeżeli ona daje pod względem rozmiaru lub trwałości polepszenia lub też wyleczenia szanse lepsze. Tam, gdzie jedynie zabieg doszczętny lub znaczniejszy w jakiejbądź dziedzinie chirurgji może dać wynik, winien chirurg śmiało do niego przystąpić, a nie próbować z jakichkolwiek powodów mniejszej operacji. Zabieg lżejszy w tych przypadkach naraża chorego nietylko na niezupełne wyleczenie lub małowartościowy albo zgoła ujemny wynik, ale co gorsza utrudnia, a czasem nawet wręcz uniemożliwia wykonanie większego zabiegu, wskazanego *a priori*. W obecnej chwili przypomnieć to warto szczególnie, bo w pewnej nowej dziedzinie chirurgji, która wiele już dobrych dała owoców, której atoli dalszy los i rozwój w znacznej mierze zależeć będzie od techniki chirurgicznej, grożą niebezpieczeństwa z tego właśnie punktu widzenia. Niedawno temu słyszałem świetny wykład na temat chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc — bo tę dziedzinę mam tu na myśli. Znakomity chirurg i znawca tej dziedziny wskazywał na niebezpieczeństwo, które stąd zagraża, że do chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc zabierać się w sanatorjach zaczynają lekarze nieobznajomieni z całokształtem chirurgicznej wiedzy i techniki, innemi słowy chirurdzy rzekomi, umiejący (albo lepiej powiedzmy wyobrażający sobie, iż umieją) tylko wykonywać zabiegi operacyjne w tej dziedzinie potrzebne. Rzecz jasna, że tego rodzaju operator już choćby z obawy przed trudnościami, bez podstawowych umiejętności technicznych skłaniać się będzie do zabiegów małych jak odma lub wyrwanie nerwu przeponowego, które jemu przynajmniej małemi się wydają i ryzyka operacyjnego względnie technicznego nie zdają się przedstawiać. A właśnie mały taki zabieg — dajmy na to odma — zrobiony w takim przypadku, w którym nie ma widoków skuteczności, a w którym natomiast wskazany jest *a priori* zabieg duży jak torakoplastyka, nietylko nie da wyniku ale przeważnie uniemożliwi późniejsze zrobienie tejże torakoplastyki względnie wykluczy skuteczność tej ostatniej.

Kiedy już mówię o chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc i konieczności przestrzegania reguły, że kto do operacyjnego leczenia się bierze, wszystko jedno o jaką dziedzinę chirurgji chodzi, musi znać wszelkie prawidła chirurgji ogólnej i operacyjnej i umieć sprostać trudnościom technicznym, które niespodzianie pojawić się mogą podczas każdej choćby za najmniejszą uchodzącej operacji, to dodam jeszcze następujące uwagi. Często niestety w piśmiennictwie znajdujemy wspaniałe statystyki sanatorjów dla chorób płucnych wykazujące na mocy cyfr uderzająco wysokich dobre wyniki otrzymane zapomocą odmy a ostatniemi czasy przedewszystkiem frenikoekshajrezy. Pominąwszy fakt, że czytającemu tak wysoko-liczbowe statystyki nasuwa się pytanie, ile z tych „chirurgicznie" wyleczonych przypadków byłoby się wyleczyło bez operacji, uważam, że takie ujęcie sprawy jest wypaczeniem zasad chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc. Zabiegi, które znakomici chirurdzy i zarazem znawcy gruźlicy płuc tak z klinicznego i terapeutycznego jak i patologicznego punktu widzenia, obmyślili i skutecznie wykonują, mają swoje ścisłe wskazania i przeciwwskazania. Tyczy się to tak samo małych zabiegów, jak odma, frenikotomja, jak i zabiegów większych w tych rozmiarach, co torakoplastyka.

Jedno mają wspólne: że dążą do stwarzania w drodze mechanicznej dogodnych warunków dla wygojenia się gruźlicy przez unieruchomienie i uciśnięcie chorego płuca względnie jego chorych części. Dlatego też gdy uwzględnimy, w jak nader różnych formach gruźlica płuc się pojawia i jak bardzo rozmaite bywa jej umiejscowienie w płucach i jak różną jest odporność poszczególnych organizmów, przyjąć musimy za rzecz pewną, że nie jeden jedyny sposób, ale rozmaite zabiegi do celu prowadzić muszą. To też tylko wtedy można mówić o racjonalnem chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc, gdy odbywa się ono na podstawie ścisłej współpracy znawcy ftizjologa i rentgenologa z chirurgiem. Znakomite rozpoznanie, ustalenie wskazania do operacji i jej rodzaju i wreszcie pomyślne jej wykonanie możliwe jest tylko przy współpracy tych trzech specjalności. Konieczną jest ona tak samo jak koniecznem jest, by chirurg, który operacji się podejmuje, był prawdziwym operatorem, który całą chirurgiczną szkołę przeszedł. Operacyj, które w grę wchodzą, jest cały szereg, wiele z nich, jak torakoplastyka wymaga wielkiego doświadczenia i technicznej umiejętności, a wszystkie — nawet i te, które jako drobnostkę się przedstawia (frenikotomja) — mogą sprawić czasem nieoczekiwanie dużo kłopotu. Należy się wystrzegać, by wyrwanie nerwu przeponowego, które jest najmodniejszą operacją we wspomnianych sanatorjach i które bez kwestji znakomite daje usługi przy odpowiedniem zastosowaniu, nie stało się tem samem, czem niestety często bywa apendektomja w chirurgji brzusznej; wykonuje się ją z lada powodu jeszcze po dziś dzień często niepotrzebnie, lub co gorsza na mocy błędnego rozpoznania i wskutek zbytniej pochopności do operowania, gdy w rzeczywistości chodzi o schorzenie innych narządów i innej natury, wymagające całkiem innego leczniczego postępowania. Rzecz jasna, że w tych ostatnich razach niepotrzebnie zrobiona apendektomja nie ułatwi ani zachowawczego ani ewentualnie operacyjnego leczenia owych innych zmian chorobowych nierozpoznanych lub też nieuwzględnionych przy pochopnem ustalaniu wskazań do operacji.

Chirurgja klatki piersiowej nietylko w dziedzinie leczenia spraw gruźliczych ale także w znacznie trudniej opanować się dających niegruźliczych ropnych procesach bardzo znacznie rozszerzyła zakres swej działalności z olbrzymim bezwarunkowo pożytkiem dla chorych dotkniętych temi sprawami o fatalnem jak dotąd rokowaniu. Mam tu na myśli ropnie płuc i rozdęcia oskrzeli (bronchektazje). Skuteczność chirurgicznego leczenia pierwszych z nich zawdzięczamy głównie możliwości sztucznego usunięcia najgroźniejszej przeszkody dla chirurgicznego dostępu do ropnia w płucu się znajdującego, którą stanowi wolna jama opłucnowa. Rzadko bowiem tylko zrosty opłucnowe pozwalają na otwarcie ropnia bez przygotowań. Gdy ich niema, mamy właściwie tylko jeden sposób do dyspozycji, a mianowicie sztuczne wywołanie zrostów, bo wszycie płuca w otwór klatki piersiowej i wtórne otworzenie ropnia (sposób transpleuralny) zawodzi przeważnie wskutek niepewności takich szwów. Sztuczne zrosty otrzymuje się zapomocą plomby parafinowej, którą umieszcza się w miejscu odpowiadającem ropniowi pomiędzy opłucną ścienną a ścianą klatki piersiowej. Gdy wskutek przyciśnięcia opłucnej ściennej do płuca przez plombę w ciągu dni kilku lub kilkunastu opłucna ścienna zlepi się dostatecznie z opłucną trzewną, wówczas przystąpić można do otwarcia ropnia zapomocą gorącego ale ze względu na niebezpieczeństwo krwotoku nawet nieczerwonego żelaza. Warunkiem nieodzownym możności przeprowadzenia wspomnianych operacyj — jest znakomite rozpoznanie i umiejscowienie tego stwierdzonego ogniska. Gdy o różniczkowe rozpoznanie chodzi, to wskazać należy, że nakłucie próbne tak samo jak otwarcie ropnia tylko wtedy jest dozwolone, gdy nastąpiło zarośnięcie jamy opłucnowej; nakłuwając poprzez wolną opłucną narażamy chorego na szczególnie groźną formę zakażenia opłucnej, gorszą o wiele od zwykłego ropniaka po pneumonji powstałego. Badanie rentgenowskie oddaje świetne usługi, gdy chodzi o dokładne umiejscowienie ogniska i o stwierdzenie początków zmian w płucu — wszystko jedno, na jakiem tle powstałych, nie powinno być jednak przeceniane, jeśli chodzi o różniczkowe rozpoznanie charakteru patologicznego tych zmian. Niedawno słyszałem wykład S a u e r b r u c h a, w którym ten pierwszorzędny znawca sprawy podkreślił, że na mocy rentgenogramu niemożliwe jest ścisłe odróżnienie ropnia płuc od nowotworu. Z tego powodu należy w tej dziedzinie jak zresztą w każdej innej wystrzegać się zbytniej mechanizacji diagnostyki. Ten tylko prawdziwie potrafi wyzyskać korzyści badań czyto laboratoryjnych

czy rentgenowskich, kto posiada wiedzę i zmysł klinicysty pomnego wielkiego znaczenia, skrupulatnego, prostego, klinicznego badania, jak i dokładnych wywiadów.

W drugiej sprawie, o której napomknąłem powyżej, mianowicie w leczeniu chirurgicznem rozdęcia oskrzeli, szczególnie dobitnie uwypukla się fakt, że chirurgja nierozerwalnie złączoną jest z anatomją patologiczną, jako podstawą wszelkiej wiedzy lekarskiej; bez znajomości jej zasad i oparcia się na nich nie może chirurg skutecznie działać w kierunku rozbudowy lecznictwa chirurgicznego. Najważniejszy przyczynek do zasadniczych postępów w dziedzinie chirurgicznego leczenia rozdęcia oskrzeli, które poczyniono ostatniemi czasy, stanowią postępy w anatomo-patologicznem wyświetleniu genezy cierpienia. Pojawienie się rozdęcia z małemi tylko wyjątkami z reguły w lewym dolnym płacie, obecność ich tamże przy całkiem normalnych i zdrowych pozostałych partjach płuc i wreszcie fakt, że w czasie płodowego rozwoju płuc właśnie lewy dolny płat narażony jest na działanie czynników hamujących i tem samem na pojawienie się w nim wad rozwojowych, wskazują na to, że rozdęcia oskrzeli w przeważającej liczbie — pominąwszy oczywiście rozdęcia wtórne wiadomego pochodzenia — są wadą rozwojową. W tych to właśnie na tle wrodzonem powstałych przypadkach, najczęściej z powodu bezskuteczności zachowawczego leczenia trzeba wpływać chirurgicznie. Sprawa przedstawia się wręcz odwrotnie jak w gruźlicy, w której wycięcie poszczególnych płatów płuc lub ich części nigdy nie może całkowicie gruźlicę z płuc i organizmu wyeliminować. Wobec tego, że rozdęcia oskrzeli są ograniczone tylko na jeden dolny lewy płat — a zabiegi bardziej zachowawczego rodzaju — jak odma, torakoplastyka, frenikoekshajreza — skutku prawie nigdy nie odnoszą, należy uważać wycięcie chorego płata za jedyny racjonalny zabieg. Wyniki w praktyce otrzymywane potwierdzają w całej pełni to, co powiedziałem powyżej. Doniedawna śmiertelność po resekcji płatów płucnych była ogromną, niemal zawsze bowiem w kilka dni po operacji wskutek skurczenia się i cofnięcia podwiązanego oskrzela następowało rozluźnienie podwiązki wewnątrz wnęki, prowadzące do beznadziejnego zakażenia śródpiersia z odmą tego ostatniego. Dzisiaj umiemy zapobiec temu przez sztucznie zapomocą plomby wywołane zarośnięcie jamy opłucnowej, która zwykle jest wolna tu przy wrodzonych rozdęciach oskrzeli; następnie zamiast właściwej resekcji płata płucnego powodujemy jego stopniowe wydzielenie się przez nałożenie na wnękę danego płata podwiązki z wężyka gumowego. W ten sposób uniemożliwiamy cofnięcie się kikuta oskrzelowego do wnęki i osiągamy to, że wszystkie ryzykowne części zabiegu odbywają się poza obrębem śródpiersia i jamy opłucnowej.

Tak przy schorzeniach płuc gruźliczych jak i ropnych nieswoistych, należy przestrzegać wielkiej ostrożności przy ustalaniu wskazań do operacji i jej rodzaju. Podkreśliłbym na tem miejscu fakt — że kliniki, posiadające w tej dziedzinie szczególne doświadczenie, często zwalniają na skutek wyleczenia samoistnego chorych, których skierowali tam lekarze celem operacji ropnia płucnego. Wskazałbym też na fakt, że nawet najbardziej doświadczeni znawcy chirurgji klatki piersiowej i zapaleni jej wykonawcy uważają takie zabiegi za bardzo poważne. Zastosowanie oddychania pod ciśnieniem wzmożonem reguluje w znakomity sposób ułożenie narządów klatki piersiowej, krążenie krwi w nich i przedewszystkiem przeciwdziała nader niebezpiecznym wahaniom ciśnienia w klatce piersiowej po jej otwarciu; dzięki temu umożliwiło nam dostęp do wszystkich narządów i wszelkich okolic w klatce piersiowej. Jednakowoż mimo wszystko zabiegi te nawet i w wykonaniu najznakomitszych i z tą nową dziedziną obznajomionych operatorów są sprawą trudną i ryzykowną, już choćby dla tych dwóch niebezpieczeństw kardynalnych: zatoru powietrznego wskutek otwarcia małych nawet żył płuc i śródpiersia i odruchów opłucnowych i śródpiersiowych, powodujących nagle zupełne porażenie czynności oddechowej.

Nie od rzeczy będzie na tem miejscu wspomnieć o omawianej operacji Trendelenburga usunięcia zatoru tętnicy płucnej.

Pokaźne już w dobie obecnej piśmiennictwo obejmuje znaczną liczbę opisów pomyślnie przeprowadzonych operacyj, w których usunięto szczęśliwie skrzep, który dostawszy się do tętnicy płucnej zamknął był jej światło wywołując groźne objawy pooperacyjnego zatoru płucnego. Nowe prace dają już nawet wskazówki techniczne idące w kierunku zpopularyzowania tej operacji; odnosi się wrażenie, jakoby szereg chirurgów zamierzał kwestję postawić tak, że skoro pojawią się objawy zatoru tętnicy płucnej, należy wykonać wspomnianą operację, co najlepszą daje rękojmię zmniejszenia śmiertelności na skutek zatoru płucnego. Mam wrażenie, że słuszność jest po stronie tych, którzy mimo własnych sukcesów operacyjnych w tej dziedzinie, nie przeceniając tych wyników, mówią, że takie postawienie kwestji raczej do pogorszenia statystyki przyczynićby się mogło. Prawda, że embolektomja udaje się i to z wynikiem bez kwestji dla chorego zbawiennym, nie będąc przytem zabiegiem przedstawiającym trudności szczególnie trudne do przezwyciężenia, skoro znawcy z całą pewnością podkreślają, że łatwiej wykonać embolektomję na tętnicy płucnej aniżeli wykonać szew sercowy na bijącem sercu; jednak nie wolno zapominać o tem, że mimo wszystko jest ona bardzo ciężkim zabiegiem, który z natury rzeczy mieć musi wielką śmiertelność, czego też zresztą statystyki nie ukrywają. Oprócz tego pamiętać o tem należy, że nawet w takich przypadkach, w których już najgroźniejsze zaistniały objawy, możliwą jest spontaniczna poprawa. To też tylko wtedy można mówić o absolutnym sukcesie operacji, jeżeli w chwili jej wykonania pacjent, praktycznie rzecz biorąc, był już nieżywym; w przeciwnym bowiem razie a więc gdy postępujemy w myśl zasady, że objawy nakazują operację, nie możemy ocenić, czy operacja, wobec daleko idącej możliwości poprawy spontanicznej, była w danym wypadku czynnikiem, któremu uratowany życie zawdzięcza, lub naodwrót czy chory nie byłby mógł być uratowanym, gdyby się było zaczekało z operacją. Wielkie są zasługi tych, którzy operację skutecznie wykonują, ale wtedy, gdy jest pewność i to w całem tego słowa znaczeniu pewność, że bez usunięcia zatoru z tętnicy płucnej chory do życia przywróconym być nie może. Przed przystąpieniem do operacji koniecznem jest prawdziwe *„bewaffnetes Abwarten"*.

Poruszając mechanizację w diagnostyce schorzeń płuc, nie mogę pominąć milczeniem sprawy mechanizacji chirurgji wogóle. Nieraz zwłaszcza w kołach niefachowych napotyka się zdanie, że wyniki operatora lub kliniki zależne są głównie od posiadanych urządzeń, a jasnem jest, że imponuje to bardzo publiczności. Nóż elektryczny szczególnie duży wywołał entuzjazm, ale dziś wiemy już, że zalety jego tylko w pewnych okolicznościach są godne uwagi. Używanie go bez wyboru zamiast noża zwykłego nie przyjmuje się, bo elektrokoagulacja tkanek nie pozostaje bez następstw ujemnych, dla których porzucili przyrząd ten niektórzy bardzo doświadczeni operatorzy; odkażające jego własności i tamowanie krwotoku, które on sam uskutecznia w chwili cięcia, nie są tak doskonałe, jak się tego spodziewano. Naczynia podwiązywać trzeba i tak, a niedokładności w tym względzie mogą przyczynić się do gorszego gojenia się rany operacyjnej. Pomimo wielkich korzyści, które daje nóż elektryczny przy otwieraniu kiszek lub w chirurgji mózgu, gdzie podwiązywanie drobniutkich, bardzo licznych i rwących się łatwo naczyń jest niemożliwe, nie można mówić o przewrocie w chirurgji lub zamianie chirurgji w elektrochirurgję. Podobnie rzecz ma się z napędem elektrycznym w chirurgji mózgowej, który bynajmniej nie jest tak ważnym czynnikiem, by mu przypisać główną zasługę postępu. Postępy w chirurgji mózgowej zawdzięczamy poza ulepszoną diagnostyką możności operowania w znieczuleniu miejscowem i zrozumieniu odrębności chirurgji mózgowej, jako takiej. Gdy w każdej bodaj innej dziedzinie chirurgji o to nam chodzi, by jak najprędzej operację przeprowadzić, by jak najbardziej skrócić okres, w którym chory na szkodliwe działanie urazu operacyjnego jest wystawiony, to przeprowadzając operację nowotworu mózgowego, dąży się do tego, by pomiędzy poszczególnemi urazami jak najdłuższe były przerwy. Można wręcz powiedzieć, że operacja taka powinna trwać cały szereg godzin, że winno jej się poświęcić całe przedpołudnie, podczas którego szereg innych operacyj wykonaćby można. Pewien znakomity i w tej dziedzinie szczególnie doświadczony operator zarzucił ostatnio cenne instrumentarjum do trepanacji z napędem elektrycznym i wrócił do zwykłego instrumentarjum czyli do żmudnej, powolnej, ręcznej trepanacji. Inny wielki operator po swej ostatniej wizycie w klinikach amerykańskich, które jak wiadomo w omawianej dziedzinie przodują, orzekł, iż głównem niedomaganiem jego osobistej techniki jest to, że operuje jeszcze za prędko; brzmi to wręcz paradoksalnie, jeśli się widziało nadzwyczaj powolną pracę tegoż operatora. Innemi słowy: nie ulepszeniom technicznym narzędzi chirurga, a przynajmniej nietylko tym ostatnim zawdzięcza się postępy i sukcesy chirurgji nowotworów mózgowych; zmysł kliniczny, zmysł obserwacyjny i talent indywidualny operatorów, którzy spostrzegli, że w tem sek, by urazy i wstrząsy operacyjne do niebezpiecznych wahań ciśnienia śródmózgowego prowadzące osłabić przez oddalenie ich od siebie w czasie, najważniejszą oddały tu usługę.

Nietylko w chirurgji mózgowej ale wogóle we wszelkich dziedzinach chirurgji postępy i sukcesy zawdzięczamy w bardzo wielkiej mierze ulepszeniu sposobów znieczulenia. To też jest ciekawem zastanowić się nad tem, który z postępów w dziedzinie znieczulenia poczynionych zasługuje na miano najważniejszego. Mam wrażenie, że w pierwszym rzędzie za postęp uważać musimy ten fakt, że ostatniemi czasy ponowne zainteresowanie się chirurgów kwestją narkozy sprawiło, że przeminęła ta epoka, w której chirurg wi-

dział w znieczuleniu tylko codzienne narzędzie, któremu jako operator przyglądał się właściwie tylko wtedy, gdy niedobre jego funkcjonowanie utrudniać poczęło operowanie. Za postęp uważać też należy uznanie konieczności zapobiegania powikłaniom zdarzającym się podczas narkozy przez odpowiednie przygotowanie chorych do operacji i narkozy względnie znieczulenia. Najważniejszym postępem jednak jest to, że dziś więcej niż doniedawna uwzględniamy różnorakie warunki, w jakich odbywa się operacja. W jaki sposób znieczulenie ma być wykonane, zależy przecież od zamierzonego zabiegu, od spodziewanych trudności technicznych, od biegłości operatora, stanu chorego i to tak pod względem somatycznym jak i psychicznym, a wkońcu też od warunków danego zakładu, w którym ma się odbyć operacja. Nie jest do pomyślenia, by wszystkim tym różnorakim warunkom jedna jedyna we wszystkich okolicznościach tak pod względem skuteczności jak i bezpieczeństwa niezawodna metoda odpowiadać mogła. Mam wrażenie, że nie dążenie do otrzymania jednego jedynego sposobu nigdy niezawodzącego i zawsze skutecznego i bezpiecznego zbliży nas do pomyślnego rozwiązania kwestji; chodzi raczej o to, by chirurg znając wiele sposobów mógł i umiał dobrać w każdym poszczególnym przypadku metodę najodpowiedniejszą. Pewnikiem jest, że uśpienie ogólne kryje w sobie dużo poważnych niebezpieczeństw. Mowy o tem niema, byśmy inne sposoby, jak znieczulenie miejscowe i lędźwiowe mogli uważać za idealne w każdym wypadku oraz byśmy mogli zawsze z nich korzystać; wiele przeciwwskazań ogranicza ich stosowanie, a niedostateczne znieczulenie zmusza też niejednokrotnie do uśpienia dodatkowego już w ciągu operacji. Podczas kiedy szereg chirurgów z naciskiem przestrzega przed ujemnemi skutkami ogólnej narkozy eterowej, obawiając się zwłaszcza pooperacyjnego zapalenia płuc, inni chirurdzy zajmujący się specjalnie chirurgją płuc wskazują na brak powikłań zapalnych ze strony płuc po operacjach we wnętrzu klatki piersiowej dokonywanych, które dla wykluczenia wspomnianych odruchów śródpiersiowych i opłucnowych każą przeprowadzać w ogólnej narkozie; jest to tem ciekawsze, że w tych okolicznościach pewne maltretowanie płuc jest nieuniknione. Jeśli się porówna ilość zapaleń płuc pooperacyjnych po takich w eterowem uśpieniu przeprowadzonych operacjach z ilością zapaleń zaobserwowanych po niektórych laparotomjach w miejscowem znieczuleniu wykonywanych, to ich statystyka przemawia bezwarunkowo na korzyść uśpienia ogólnego. Bez kwestji spostrzeżenie to nie może odwieść nowocześnie myślącego i postępowego operatora od dążności zastąpienia, gdzie się tylko da, eteru znieczuleniem miejscowem lub innem, jednak nie można się bez uśpienia a zwłaszcza bez eteru obyć. Jeżeli uśpienie stosuje się z pomocą nowoczesnych unieszkodliwiających, że tak powiem przyrządów, wówczas ujemne strony czyto eteru czy uśpienia wogóle odpadają; oprócz tego pamiętać trzeba, że powikłania poeterowe w dużej mierze w rzeczywistości wcale poeterowemi nie są i na karb innych czynników winny być położone.

Odkąd wprowadzono awertynę, bywa często stosowana narkoza przez odbytnicę, której z powodu trudności regulowania i grożącego przedawkowania zaniechano przed niedawnym czasem. W bardzo dużej liczbie przypadków można zapomocą tak zwanego podstawowego uśpienia awertynowego, przy zastosowaniu dawek małych, umożliwić zastosowanie znieczulenia miejscowego u chorych nie nadających się do znieczulenia miejscowego lub w zabiegach takich, w których to ostatnie samoby nie wystarczyło. Można także po otrzymaniu awertynowego uśpienia podstawowego otrzymać z łatwością pełną narkozę głęboką, dając tylko minimum narkotyku np. nieco eteru w masce Ombrédanne'a. Dzięki tym kombinacjom można wyzyskać zalety wszystkich tych kardynalnych metod znieczulenia chirurgicznego, unikając zarazem ich ujemnych stron; a więc niebezpieczeństwa przedawkowania przy wprowadzonym przez odbytnicę środku, przykrości dla chorego i operatora wskutek przytomności operowanego podczas zabiegu i wkońcu powikłań pooperacyjnych po narkozie inhalacyjnej ze względu na minimalną ilość wdechanego narkotyku.

Stosowanie awertyny nawet w małych dawkach ma liczne przeciwwskazania jak charłactwo, posocznica, niedomoga czynności wątroby, której brak wtedy potrzebnych do unieszkodliwienia i wyeliminowania awertyny składników. Awertyna nie jest wskazana przy zabiegach na narządach oddechowych, gdyż zmniejsza sprawność działania ośrodka oddechowego. Jednem słowem ponowne wprowadzenie narkozy przez odbytnicę zapomocą awertyny stanowi postęp, nie oznacza jednak ostatecznego idealnego rozwiązania problematu znieczulania w chirurgji, co powiedzieć też należy o wszystkich ostatnich nowościach w tej dziedzinie.

To ostatnie zdanie, z pewnością podtrzymać można w stosunku do całokształtu chirurgji: bo mimo olbrzymich i świetnych postępów nie czas jeszcze mówić o rozwiązaniach idealnych i ostatecznych przeróżnych zadań. To samo tyczy się promieniolecznictwa, które wkracza na pewne pola dotychczas wyłącznie chirurgicznego działania. Z pewnością stanowi wprowadzenie promieniolecznictwa postęp niepomierny w leczeniu nowotworów złośliwych i wielu innych schorzeń. Jednakowoż mowy być o tem nie może, by stanowisko i miejsce. w tej dziedzinie chirurgji przynależne, uległo jakiemuś przesunięciu na jej niekorzyść. Jest rzeczą dziś pewną i z naciskiem podkreślaną być winno zwłaszcza wobec laików, że w leczeniu złośliwych nowotworów pierwszeństwo należy się bezwzględnie chirurgji wbrew przewidywaniom i nadziejom tych, którzy rewelacyjnych wyników po Roentgenie i radzie się spodziewali. Zapewne istnieje szereg nowotworów, w których naświetlanie tak dobre daje wyniki (raki skóry), że nie potrzeba wykonywać operacji. Pewnie, że można przy mięsaku kości w pewnych razach zamiast amputacji kończyny wykonać tylko wycięcie kości z następnem wolnem przeszczepieniem i później naświetlać zapobiegawczo; wówczas chory, nim nawroty lub przerzuty tak czy owak czyhające przyjdą, nie będzie kaleką. Pewnie że w takich razach, w których tak operacja okaleczająca (rak języka) jak energja promienista tylko przemijający dać mogą wynik, zastosujemy energję promienistą. Jednakowoż pozostanie faktem, że w tych przypadkach, w których chirurgja z powodu umiejscowienia jest bezsilną (nowotwory złośliwe płuc), bezsilną też jest energja promienista; że tam, gdzie pomimo doszczętnej operacji jest znaczna skłonność do nawrotów (nowotwory narządów wewnętrznych), skuteczność głębokich naświetlań przeważnie jest bardzo nieduża; że tam gdzie chirurgja jednak bądź co bądź uznania godne daje wyniki (nowotwory mózgu), naświetlanie najczęściej ujemny tylko miewa skutek. Pominąwszy te przypadki, w których chirurgiczny zabieg z jakichkolwiek powodów jest wykluczony i na pewno wyniku dać nie może, nie należy zbytnio wahać się z próbą operacji. Daje ona więcej dodatnich rezultatów aniżeli ograniczanie operowania na korzyść promieniolecznictwa. Doszczętnie wykonana operacja jest zawsze jeszcze najlepszym środkiem i do niej dąży też chirurg nowoczesny. Lecz i tu jest pewne „ale". Czasem nawrót właśnie tam szybko się zjawia, gdzie pod względem doszczętności operowaliśmy idealnie. gdy naodwrót tam, gdzie doszczętność nasza wydawała się niedostateczna, długo na szczęście nawrót na siebie czekać każe. Oczywiście takie wydarzenia nie mogą spowodować jakiegoś „sensacyjnego przewrotu" w chirurgji nowotworów — jak to niestety czytało się już w prasie codziennej — i chirurg zawsze będzie tu doszczętnie operował. Jednakże czasami, gdy naprzykład chodzi o poświęcenie ważnych części organizmu (zwieracz przy operacji raka odbytnicy), fakt powyższy w pewnych okolicznościach będzie mógł być nieraz z pożytkiem dla chorego uwzględniony. Zastanowienie się nad różnym, nieraz niewytłumaczonym przebiegiem spraw nowotworowych wskazuje na pewne możliwości stosowania ogólnego leczenia nowotworów zapomocą różnych tu polecanych sposobów: przelewanie krwi, swoiste uodparnianie, leczenie obcem białkiem i barwikami i t. d. I o nich pamiętać warto, a czasem choć tylko wyjątkowo wynik niezły zrobi miłą niespodziankę.

Postępów w chirurgji poczyniono tak wiele, że nie można ich ująć w jednej krótkiej rozprawie; tomów tu całych potrzebaby było. Jeżeli jednak podjąłem się tego zadania, by w krótkim referacie wypowiedzieć się o tak rozległym temacie, uczyniłem to dla wykazania wyżej wspomnianej zasady — która jednakową jest we wszystkich postępach czy dążeniach do ulepszenia zabiegów chirurgicznych względnie ich wyników. Nie mogłem wyliczyć wszystkich zasługujących na wzmiankę nowości w chirurgji, bo mogłem tylko przytoczyć w ramach referatu kilka przykładów. Sądzę jednak, że to, co przytoczyłem, daje właśnie lekarzowi praktycznemu często zapytywanemu o to, co zdziałać chirurg może w danym przypadku, dobry pogląd na sposób rozumowania nowoczesnych chirurgów. W pierwszym zaś rzędzie wskazują moje wywody na to, że postępy w chirurgji nie polegają na stosowaniu jakichś nowych niezawodnych sposobów operowania wykonywanych zapomocą nadzwyczajnie ulepszonych narzędzi — o czem niestety często nietylko laicy ale i czasem lekarze cuda prawią — ale na uzgodnieniu idei, postępów i wynalazków ze staremi zasadami patologji, zmysłem klinicznym i lekarskiem sumieniem. Z tego uzgodnienia rodzi się zrozumienie, że nie o to chodzi, by wymyślić i stosować jakieś nowe idealne nigdy nie zawodzące sposoby, tylko by indywidualnie w każdym przypadku odpowiednie wybrać postępowanie uwzględniając nietylko to, co nowością swą imponuje.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Stanisław LASKOWNICKI. Lwów.

Badania kliniczne nad działaniem Naftusi.

Z oddziału urologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego. Ordynator: Doc. Dr. St. Laskownicki.

W działaniu leczniczem Naftusi, zwłaszcza w odniesieniu do przypadków zapaleń miedniczek nerkowych oraz przypadków kamicy nerkowej, właściwości moczopędne są przedewszystkiem interesujące.

Pierwsze badania kliniczne przeprowadził w 1904 roku Praschil na Klinikach wewnętrznych Uniwersytetu lwowskiego i stwierdził, że przy podawaniu truskawieckiej Naftusi:

1) zwiększa się ilość moczu i to znaczniej, aniżeliby to odpowiadało ilości wprowadzonej wody, a więc, że Naftusia posiada właściwości moczopędne;

2) Naftusia w porównaniu do wody zwyczajnej, sodowej, Bilińskiej i wody Salwator zwiększa w moczu ilość substancyj azotowych i to wyraźnie na korzyść mocznika.

W przypadkach skazy moczanowej Praschil stwierdził ponadto zwiększenie wydalania kwasu moczowego, poprawę stosunku kwasu moczowego do mocznika, który to stosunek w przypadkach skazy moczanowej nieprawidłowy (1 : 17, 1 : 24) przy piciu Naftusi znacznie się poprawia osiągając prawie granice prawidłowe (1 : 29, 1 : 32'5) — Praschil stwierdził dalej, że picie Naftusi wywołuje zwiększenie ilości fosforu w moczu, co wobec zwiększonej równocześnie ilości kwasu moczowego świadczyłoby o rozbijaniu trudnorozpuszczalnych połączeń kwasu moczowego z fosforem (dwumoczanu sodowego z fosforanem sodowym). Wkońcu stwierdził on, że woda świeża działa silniej moczopędnie, niż Naftusia przechowywana w szczelnie zamkniętej flaszce przez kilka tygodni. Jak widzimy z tych badań, Naftusia ma bardzo ważne w leczeniu pewnych schorzeń właściwości moczopędne. I tak osobnik wydzielający 1610 cm^3 moczu dziennie przy podawaniu 1 litra wody zwyczajnej — po podaniu 1 litra Naftusi wydzielił 2250 cm^3 moczu — a więc prawie o litr moczu więcej. Działanie Naftusi nie różni się zbytnio od wyników otrzymywanych przy podawaniu wody zwykłej w nadmiarze, działanie Naftusi jest jednak znacznie energiczniejsze, już bowiem jeden litr Naftusi powoduje takie same skutki, jak 2—3 litry wody zwyczajnej.

Przy podawaniu Naftusi ilość substancyj azotowych oraz ilość soli wydzielanych w moczu wzrasta u osób zdrowych do pewnej granicy, poczem (po kilku dniach) ustrój, mimo podawania tych samych ilości Naftusi, stara się utrzymać w równowadze azotowej i normuje odpowiednio wywóz soli.

Spostrzeżenia Praschila skontrolował w ostatnich czasach i potwierdził Flaszen, który stwierdził, że w przypadkach przewlekłych schorzeń nerkowych, upośledzających czynność nabłonkową kanalików krętych, a więc w przypadkach, w których wyraźnie występuje niedomoga nerkowa, objawiająca się zmniejszeniem ilości mocznika w moczu — picie Naftusi wzmaga wydzielanie mocznika bardzo wydatnie. Ciężar gatunkowy moczu zależny jest prawie w zupełności od ilości mocznika w moczu, niski u chorych nerkowych — podnosił się w czasie leczenia, chociaż przez mechaniczne działanie pitych wód (rozcieńczenie) powinien był raczej się obniżyć. Równocześnie dało się zauważyć zwykle znaczną poprawę stanu ogólnego chorego. Flaszen stwierdził u chorych ze skazą moczanową obniżenie się ilości kwasu moczowego we krwi przy piciu Naftusi.

Knossow i Rosenbusch stwierdzili także żółciopędne działanie Naftusi i spostrzeżenia swoje potwierdzili w doświadczeniach na zwierzętach.

Interesującem jest, jaki czynnik powoduje w Naftusi to silne jej działanie moczopędne, przewyższające znacznie działanie wody przekroplonej, jak to wynika z moich doświadczeń, poczynionych na zdrowych i chorych osobnikach, pozostających w leczeniu na Oddziale urologicznym. Jak wiemy, woda przekroplona ma dość silne działanie moczopędne, Rowsing pierwszy polecił ją jako dzielny środek moczopędny — okazało się, że *działanie moczopędne Naftusi jest znacznie silniejsze od działania wody przekroplonej.* Wykonałem szereg doświadczeń na osobnikach młodych zupełnie zdrowych, przebywających na oddziale w celu poddania się drobnym zabiegom operacyjnym (wodniak jądra, żylakowatość sznurka nasiennego i t. p.) i zawsze Naftusia nawet kilkutygodniowa okazywała działanie znacznie silniej moczopędne, niż woda przekroplona.

Naftusia, wedle rozbiorów chemicznych, wykonanych przez Torosiewicza (w 1835 roku), potem przez Radziszewskiego i ostatnio przez Marchlewskiego, jest wodą hipotoniczną, jej ciężar gatunkowy 1,003 i mała zawartość różnych soli, które znajdują się w Naftusi w ilości 0'084%, zbliża ją bardzo temi właściwościami do wody przekroplonej. Punkt marznięcia Naftusi wynosi, wedle Praschila —0'02, w porównaniu do wody zwyczajnej —0'04).

Naftusia zawiera w małych ilościach sole chlorku magnezowego, siarczanu magnezowego, siarczanu wapniowego, dwuwęglanu wapniowego, dwuwęglanu magnezowego, dwuwęglanu żelazowego, ślady soli litowych, bezwodnik krzemowy, wolny bezwodnik węglowy i *ślady ciał żywicowatych,* jak je oznaczył Radziszewski, względnie *ślady siarkowanych węglowodorów,* jak je Marchlewski nazywa.

Wyżej wymienione sole, zawarte także w innych znanych wodach mineralnych, nie wywołują działania moczopędnego, nie jest też Naftusia wodą radjoaktywną, nie zawiera bowiem ani radu ani jego emanacyj. Tak Praschil. który pierwszy wypowiedział w 1904 roku to przypuszczenie — jak i Flaszen ostatnio są zgodni na tym punkcie, że właśnie te ciała żywicowate, o których twierdzi Praschil, że nadają woń i smak Naftusi — są czynnikiem, wywołującym silne działanie moczopędne, czynnikiem, którego żadna inna woda mineralna nie zawiera. Praschil przypuszcza, że te ciała w Naftusi dłużej przechowywanej, która rzeczywiście dość szybko traci swój smak i zapach, ulegają rozkładowi i tem tłumaczy jej słabsze działanie moczopędne od Naftusi świeżej.

Z przypuszczeniem Praschila, że te ciała, które w późniejszej swej pracy określa jako „węglowodory pochodzenia bitumicznego", działają wstrzymująco na rozwój drobnoustrojów znajdujących się w narządzie moczowym, trudno się zgodzić, wiemy bowiem, że z jednej strony drobnoustroje dłuższy czas przebywające w drogach moczowych stają się niejadowitemi pasorzytami, nabierają cech saprofitarnych, organizm znów się przeciw nim uodparnia i powstaje coś w rodzaju symbiozy trwającej tak długo, jak długo ta równowaga między odpornością organizmu a jadowitością drobnoustrojów nie zostanie zakłócona i w tem stadjum schorzenia drobnoustroje zdają się być bardzo odporne na wszelkie środki bakterjobójcze — z drugiej strony ciała, którym Praschil przypisuje właściwości hamujące rozwój drobnoustrojów, są w tak małej ilości zawarte w Naftusi, że trudno przypuścić, by działanie to mogło przyjść do skutku wobec tak znacznego rozcieńczenia i wobec tego, że ciała te bardzo szybko nerki opuszczają. Działanie lecznicze Naftusi odniósłbym raczej do spowodowanej nią lekkiej alkalizacji moczu, co zwłaszcza w leczeniu zakażeń pałeczką okrężnicy (a tych jest 80%) ma wielkie znaczenie — z drugiej strony do czysto mechanicznego działania Naftusi, przepłókującej energicznie drogi moczowe i usuwającej z nich śluz, ropę, drobne skrzepy krwi, strzępki włóknika i pozbawiającej drobnoustroje dobrej pożywki, pomijając już to, że i same drobnoustroje zostają w dużych ilościach z dróg moczowych wypłókane.

Zanim przejdę do omówienia moich doświadczeń, zatrzymam się jeszcze krótko nad omówieniem t. zw. próby wodnej Volhardta. Jak wiadomo, po podaniu 1 l wody przegotowanej (zwykle w postaci lekko ocukrzonej herbaty) cała ilość tejże zostaje wydzielona przez zdrowe nerki w przeciągu 4 godzin. Najciekawsze w próbie wodnej jest to, że działanie moczopędne występuje po wypiciu wody, natomiast podanie tej samej ilości wody dożylnie lub podskórnie wywołuje raczej oligurję.

Ambard i Schmid*) wykazali, że podanie pozajelitowe wyciągu z błony śluzowej jelita królika temuż zwierzęciu w najmniejszych nawet dawkach wywołuje natychmiastową poliurję, trwającą 5—10 minut. Podawanie tego wyciągu wewnętrznie nie daje żadnego wyniku. Autorowie ci przypuszczają, że po wypiciu wody podczas wchłaniania jej z jelita uwalnia się jakiś hormon z błony śluzowej jelita, który działa moczopędnie na komórkę nerkową. To odkrycie ma wielkie znaczenie praktyczne, bo przy schorzeniach nerkowych uważamy opóźnienie wydzielania za objaw niedomogi nerkowej — autorowie ci jednak przypuszczają, że czasem także i nefropatja może spowodować zaburzenia w przemianie materji jelitowej, co może wpływać znów na zmniejszenie się moczenia. W ten sposób nefropatję tłumaczyć możnaby jako następstwo zaburzenia przemiany materji. Wedle Madon'a, u człowieka spoczywającego po wypiciu litra wody, ilość wydzielonego w pierwszych 4 godzinach moczu wynosi przeciętnie 927 cm^3, o ciężarze gatunkowym 1,001 — 1,002 jako minimum — równocześnie spada waga ciała o 200—500 g. Wykonanie po wypiciu litra wody pracy fizycznej (3-godzinny marsz) daje jako wynik wydzielenie tylko 240 cm^3 moczu o ciężarze gatunkowym 1,015 — 1,020 i spadek na wadze 800 — 1,000 g.

W licznych próbach rozcieńczenia i zagęszczenia moczu, wykonanych na chorych i zdrowych osobnikach w spoczynku, nigdy nie zauważyłem wybitniejszych spadków wagi ciała danego osobnika po ukończeniu próby. Spadki te wynosiły najwyżej 100—200 g.

---

*) Paris méd. 1929. — II.

Natomiast po podaniu litra Naftusi znajdywałem, po ukończeniu próby, wybitne różnice — a mianowicie stale zaznaczał się wyraźny spadek na wadze, wynoszący od 300—700 g. Poza tem stwierdziłem w licznych próbach, że człowiek zdrowy wydziela po wypiciu litra Naftusi zawsze o 200—500 cm³ moczu ponad litr w ciągu 4 godzin (przy użyciu Naftusi dłuższy czas przechowywanej we flaszce). To silnie moczopędne działanie Naftusi występuje jeszcze wyraźniej przy porównywaniu jej czyto z wodą zwyczajną, czy też z wodą przekroploną u ludzi z wyraźną niedomogą nerkową. Na czem polega silnie moczopędne działanie Naftusi, czy na wyzwalaniu silniejszem owego hormonu w jelicie, czy też na uruchomieniu większej ilości kłębków nerkowych (wiemy bowiem, że nie wszystkie kłębki równocześnie pracują, że zwykle nerka pracuje tylko jedną siódmą swego miąższu **) — dlatego to niewielkiego stopnia niedomogi nerkowe tak trudne są do uchwycenia tak zwanemi różnego rodzaju próbami nerkowemi), na pytanie to trudno znaleźć odpowiedź.

Doświadczenia z Naftusią robione na chorych podzielićby można na następujące grupy:

1) Zapalenia miedniczek nerkowych, przeważnie z lekką niedomogą nerkową,

2) kamica nerkowa,

3) niedomogi nerkowe przewlekłe często cięższego stopnia (choroba stercza z retencją dłuższy czas trwającą, nefrosklerozy wzgl. kombinacja ich z uszkodzeniami nerek wskutek długotrwającego utrudnienia w odpływie moczu),

4) przewlekłe zapalenie nerek z wyraźną niedomogą.

1. *Zapalenia miedniczek nerkowych ostre i przewlekłe.*

Na początku pozwolę sobie podać historję choroby chorego z przewlekłem zapaleniem miedniczek nerkowych, powikłanem lekkim stanem zapalnym miąższu nerkowego (*pyelonephritis chronica*). Mojżesz C. chory od kilku miesięcy, skarży się na bóle w krzyżach, od czasu do czasu miewa podniesienia się ciepłoty, mocz silnie mętny.

B a d a n i e wykazuje: obie nerki niepowiększone, przy obmacywaniu na ucisk tkliwe, w moczu około 100 leukocytów w polu widzenia, pojedyńcze krwinki czerwone i wałeczki szkliste. Badanie bakterjologiczne wykazuje pałeczkę okrężnicy: po dożylnem wstrzyknięciu indygotropiny obie nerki wydzielają barwik po 5' ale w słabem wysyceniu, po 9' barwik wydziela się silnie niebieskim strumieniem. Z obu ujść moczowodowych czasem, zwłaszcza po stronie lewej, odchodzą zbite strzępki ropy.

Próba wodna: 1 litr wody przekroplonej. 21. XI. 1931.

godz.	8	przedpoł.	300 cm³	m. z noc.	c. g. 1020	waga: 59'800 kg.
„	9	„	20 „	moczu	„ „ 1000	
„	9'30	„	200 „	„	„ „ 1000	
„	10	„	200 „	„	„ „ 1000	
„	10'30	„	70 „	„	„ „ 1000	
„	11	„	40 „	„	„ „ 1005	
„	11'30	„	40 „	„	„ „ 1005	
„	12	„	20 „	„	„ „ 1010	waga: 59'800 kg.

Razem 590 cm³ moczu wydzielił chory w 4 godz.

godz.	1	popoł.	20 cm³	moczu	c. g. 1010	
„	4	„	60 „	„	„ „ 1020	waga: 59'700 kg.

Próba wodna: chory wypił o godz. 8 rano 1 flaszkę (750 cm³) Naftusi 23. XI.:

godz.	8	przedpoł.	280 cm³	m. z noc.	c. g. 1020	waga: 59'700 kg.
„	8'30	„	120 „	moczu	„ „ 1010	
„	9	„	280 „	„	„ „ 1000	
„	9'30	„	220 „	„	„ „ 1000	
„	10	„	40 „	„	„ „ 1010	
„	10'30	„	60 „	„	„ „ 1010	
„	11	„	40 „	„	„ „ 1010	
„	11'30	„	— „	„	„ „ —	
„	12	„	20 „	„	„ „ 1015	waga: 59'200 kg.

Razem 780 cm³ moczu wydzielił chory w 4 godz.

Próba zagęszczenia o godz. 2. 40 cm³ moczu o c. g. 1020, o 4. również 40 cm³ moczu o c. g. 1020.

Jak widzimy z tych prób, chory wydzielił po wypiciu 3/4 litra Naftusi blisko 200 cm³ moczu więcej niż po wypiciu litra wody przekroplonej, pomimo że Naftusia użyta do doświadczenia była przechowywana na oddziale przez kilka tygodni. Chory ten leczony wstrzykiwaniami cylotropiny, piciem Naftusi oraz po dwukrotnem przepłókaniu miedniczek nerkowych opuszcza Oddział jako wyleczony.

W przypadkach ostrych zapaleń miedniczek nerkowych z wysoką ciepłotą Naftusia nie daje wybitnych wyników leczniczych. Próbowałem leczenia samą tylko Naftusią bez podawania innych leków, jednak po kilku dniach zmuszony byłem wobec braku wyraźnej poprawy uciec się do stosowania ogólnie przyjętego w tych przypadkach leczenia. Wprawdzie przy piciu Naftusi spada ciepłota we wielu przypadkach, mocz się oczyszcza, ciepłota jednak wciąż znów się podnosi, mocz po kilku dniach znów mętnieje — natomiast zastosowanie dożylnych wstrzyknięć cylotropiny lub trypaflawiny przerywa szybciej całą sprawę chorobową. Jak z mego doświadczenia wynika, w ostrych przypadkach zapaleń miedniczek nerkowych Naftusia może być jedynie użytą jako środek pomocniczy przy stosowaniu ogólnie przyjętego leczenia, zwłaszcza w zakażeniach pałeczką okrężnicy w okresie alkalizowania moczu i wywołania sztucznej poliurji, (po którym stosujemy okres 3-dniowy zagęszczenia moczu i środków odkażających podawanych wewnętrznie oraz zakwaszamy mocz), w którym to okresie silnie moczopędne działanie Naftusi oczyszcza miedniczkę nerkową ze skrzepów krwi, włóknika, ropy i drobnoustrojów.

Także w przypadkach przewlekłych zapaleń miedniczek nerkowych, bez niedomogi nerkowej, Naftusia nie działa tak silnie, jak to widujemy u chorych, powracających z Truskawca. Działanie Naftusi, pitej przy źródle, przejawia się bardzo wyraźnie i, jak to stwierdziłem w licznych przypadkach tego schorzenia, chorzy po kilkutygodniowym pobycie w Truskawcu wracają prawie zawsze z wyraźną poprawą, często zaś zupełnie wyleczeni.

Znam szereg przypadków, w których kilkumiesięczne energiczne leczenie doprowadziło do tego, że w moczu znajdowano 10—15 leukocytów w polu widzenia, czasem nawet ilość ich była prawidłową (2—4), stale jednak były w moczu pałeczki okrężnicy i żadnemi środkami nie można było ich usunąć. Nawet płókania miedniczek 1%-owym roztworem lapisu, stosowane po wyczerpaniu całego arsenału innych środków, czasem zawodziły, względnie poprawiały stan chorego na kilka tygodni, poczem znów po jakimś czasie występował nawrót cierpienia, występowały znów bóle w krzyżach, mocz stawał się mętny, pojawiały się w nim pałeczki okrężnicy i zwiększała się ilość leukocytów. W tych przypadkach leczenie w Truskawcu dawało niejednokrotnie doskonale wyniki, niekiedy zupełne wyjaśnienie moczu i zupełne zniknięcie drobnoustrojów, niekiedy zaś tylko poprawę stanu — stosunkowo jednak dość długo się utrzymującą. Takich wyraźnych wyników leczniczych, stwierdzonych zupełnie pewnie i dokładnie szeregiem badań klinicznych, uzyskanych po pobycie w Truskawcu, piciem świeżej Naftusi nie udało mi się uzyskać stosowaniem Naftusi, przez jakiś czas przechowywanej we flaszkach.

2. *Kamica nerkowa.*

Bardzo dobre wyniki daje w Truskawcu leczenie przypadków przewlekłych zapaleń miedniczek powikłanych kamicą. I tak np. w jednym przypadku kamicy nerkowej obustronnej ze zwężeniem moczowodu lewego z objawami przewlekłego zakażenia dróg moczowych, spostrzeganym i pozostającym w mojem leczeniu od 5 lat jedynym środkiem, wywołującym poprawę stanu chorego jest pobyt w Truskawcu. Chory ten cierpi na obustronną kamicę nerkową zakażoną. Zdjęcia Roentgenem powtarzane wciąż w okresach kilkutygodniowych nie wykazują kamieni a przynajmniej bardzo rzadko — pomimo to chory cierpi kilka razy do roku na ataki kolki nerkowej i prawie po każdym ataku odchodzą kamyczki, dochodzące do wielkości ziarna grochu. Jako następstwo zranienia moczowodu wskutek przejścia kamienia po jednym z ataków, powstało zwężenie moczowodu lewego tak, że zgłębnikowanie miedniczki lewej i przepłókiwanie jej jest uniemożliwione. Liczne próby podjęte w tym kierunku zawiodły. Dolegliwości występują przeważnie po stronie lewej, z ujścia lewego widać w cystoskopie uchodzący mętny mocz ze strzępkami ropy. Stale mętny mocz pobrany z pęcherza zawiera kilkadziesiąt leukocytów w polu widzenia, pojedyńcze krwinki, gronkowce białe — od czasu do czasu zjawiają się pałeczki okrężnicy. Preparaty urotropinowe różnego rodzaju, pyridjum, dożylne wstrzykiwania cylotropiny, trypaflawiny, neosalwarsanu, płókania pęcherza poprawiają stan na krótki czas — każdorazowy natomiast pobyt, czasem tylko kilkudniowy, w Truskawcu powoduje natychmiastowe oczyszczenie się moczu i dłuższy czas trwającą poprawę stanu chorego. Naftusia, pita we Lwowie, pomaga wprawdzie, nie daje jednak tak wyraźnej i dłużej trwającej poprawy. Chory ten co roku udaje się kilkakrotnie do Truskawca, spędzając tam kilka do kilkunastu dni, poczem następuje zwykle okres polepszenia, podczas którego ustają głuche bóle w krzyżach, krwawienia, mocz zaś jest przeźroczystszy. Wykonane ostatnio zdjęcie po dożylnem wstrzyknięciu uroselektanu wykazuje

**) T h o m a s: Journ. of. Urol. 1930.

dobrą sprawność obu nerek, drobne konkrementy w miedniczce lewej, oraz rozszerzenie lekkie miedniczki i moczowodu lewego ponad zwężeniem znajdującem się 3 cm powyżej ujścia pęcherzowego.

W kilkunastu przypadkach spostrzegałem odejście kamieni przy podawaniu Naftusi przesłanej z Truskawca w szczelnie zamkniętych flaszkach. Pozwolę sobie przytoczyć dwie historje choroby:

Przypadek 1. Lekarz lat 41 dostaje po raz pierwszy w życiu prawostronnego ataku kolki nerkowej, trwającego dwie doby. W pierwszym dniu dożylne wstrzyknięcie nowalginy przynosi ulgę na kilka godzin, drugie wstrzyknięcie tego środka na drugi dzień nie odnosi żadnego skutku. Atak mija po wstrzyknięciu pantoponu z atropiną (morfiny chory nie znosi). W dalszym ciągu chory zażywa papawerynę (0,06 na dawkę) z helmitolem 3 razy dziennie, i pije 3 szklanki dziennie Naftusi. Nie zażywa przepisanej gliceryny, gdyż wywołuje to wymioty. Zdjęcie rentgenowskie ujemne. Po tygodniu odchodzi kamień wielkości ziarnka prosa — badanie chemiczne wykazuje szczawian wapniowy.

Przypadek 2. J. B. lat 43. Kamica nerkowa zakażona, obustronna. Zdjęcie Roentgena wykazuje liczne kamyczki w miedniczce i kielichach nerki lewej, 3 kamienie w nerce prawej. W moczowodzie lewym, tuż nad pęcherzem, 3 drobne cienie kamieni. Chory gorączkuje wysoko. Wziernikowanie pęcherza wykazuje: ujście prawe bez zmian, wydziela indygokarmin po 4' o dobrem wysyceniu, ujście lewe obrzękłe wydziela barwik po 9' o słabem wysyceniu. Cewnikowanie obu miedniczek wykazało: mocz z nerki prawej: około 10 ciałek białych w polu widzenia, poszczególne ciałka czerwone; z nerki lewej: całe pole widzenia zasiane ciałkami białemi. R o z p o z n a n i e: Kamica nerkowa lewostronna zakażona, utrudnienie odpływu z nerki lewej, kamica nerkowa prawostronna. Leczenie polegało na podawaniu gliceryny (2 łyżki dziennie na czczo) i podawaniu Naftusi (4 szklanki dziennie). Po 3 dniach odszedł jeden kamień wielkości ziarna grochu i 3 nieco mniejsze.

Ciepłota wkrótce opadła, bóle ustały i chory opuścił oddział z poleceniem zgłoszenia się do zabiegu operacyjnego.

Mógłbym przytoczyć szereg takich przypadków, w których, po piciu Naftusi, odchodziły po kilku dniach kamienie, uwięzgnięte w moczowodzie, czy *post hoc,* czy *propter hoc,* trudno to powiedzieć, sądzę jednak, że Naftusia, wywołując silne moczenie, przyśpiesza odchodzenie kamieni z moczowodu.

Dok. nast.

FEJLETON.

Jerzy KAULBERSZ. Kraków.

Goethe i medycyna [1]).

Niezbyt hojnie obdarzaną bywa ludzkość jednostkami, które ogromem swego uzdolnienia w specjalnym kierunku sięgają wyżyn, niedostępnych dla innych, nawet wybitnych na danem polu pracowników. Do zupełnych wyjątków należą już ci, którzy stają się przodownikami nietylko w jednej gałęzi ducha ludzkiego, ale zyskują nieśmiertelność swojego imienia jednocześnie w różnych, nieraz bardzo odległych od siebie dziedzinach. Jakże mało było wielkich artystów, którzy jednocześnie zabłysnęli jako pionierzy na polu czystej nauki! Do takich fenomenów należał np. L e o n a r d o d a V i n c i, jedna z największych postaci, jaką ludzkość kiedykolwiek wydała, człowiek, który niezwykłe zdolności artysty łączył z najdoskonalszemi właściwościami badacza-przyrodnika i w tym kierunku doszedł do poznania zasadniczego przed nim nieznanego faktu, że żadne stworzenie nie może żyć w atmosferze, która nie jest w stanie podtrzymywać płomienia. Poetą i jednocześnie wybitnym przyrodnikiem był A l b r e c h t H a l l e r; jako poeta pierwszy opisuje malowniczość alpejskich krajobrazów, zachwyca się pięknem gór, niedocenianem zupełnie w średniowieczu; jako przyrodnik i lekarz stawia podstawy pod gmach nowoczesnej fizjologji. Wreszcie niezrównanym mistrzem słowa, genjalnym odtwórcą najgłębszych przeżyć duszy ludzkiej, a jednocześnie wybitnym badaczem, który pracami swojemi wzbogacił nauki, stojące na pograniczu medycyny i przyrody, był ten, którego Towarzystwo Lekarskie tutaj uczcić dzisiaj się zebrało — G o e t h e.

Skoro przypadło mi mówić o stosunku G o e t h e g o do medycyny, to właściwie dwa luźno związane ze sobą tematy miałbym tu do przedstawienia: 1) poglądy jego na medycynę, wyrażone w szeregu ustępów prozą lub wierszem i 2) jego twórczość własną w zakresie fizjologji, anatomji i biologji.

Zapatrywania G o e t h e g o na medycynę wyrabiały się na podstawie własnych studjów, zarówno jak i przechodzenia różnych chorób, które w ciągu długiego życia nie były mu zaoszczędzone. Dużą rolę grał tu też stosunek serdecznej przyjaźni, jaki go z wielu lekarzami od wczesnej młodości aż do końca życia łączył. Nie zawsze tchną słowa Goethego entuzjazmem w stosunku do sztuki leczenia. Nic dziwnego, wszak medycyna znajdowała się w drugiej połowie wieku 18-go i początku 19-go w okresie przełomowym. Coraz mocniej zaczynała się ona wtenczas opierać na naukach przyrodniczych, lecz zdobycze tych nauk stawały się niejednokrotnie punktem wyjścia dla różnych spekulacyj w medycynie. Dwa sławne nazwiska świeciły na horyzoncie lekarskim: jedno klinicysty holenderskiego B o e r h a v e g o, który w swoich aforyzmach przedstawił rezultaty ogromnego, jak na owe czasy, klinicznego doświadczenia, drugie A l b r e c h t a H a l l e r a, budowniczego nowoczesnej fizjologji. Nauki tych dwóch wielkich mężów bezkrytycznie jednak stosowane były przez szereg ówczesnych lekarzy. Szczególnie odkrytą przez Hallera pobudliwość mięśni i nerwów, ich najbardziej charakterystyczną własność, przyjął J o h n B r o w n i jego szkoła za podstawę leczenia wszystkich narządów: zdrowie uważano za stan średniego podniecenia, chorobę za wyraz zadrażnienia nadmiernego lub niedostatecznego. W związku z tem całe przeciwdziałanie wszelkim niedomogom metodą „brownianizmu" polegało na stosowaniu pobudzających lub uspokajających środków, przeważnie silnie podniecających kąpieli. Goethe, leczony w ten sposób zarówno w swej młodości, gdy jako 17-letni student w Lipsku zapadł na chorobę płucną i zmuszony był przerwać studja na parę lat, jak i w 50-ych latach swego życia podczas cierpień nerkowych, nie bardzo musiał być zadowolony z tego rodzaju kuracji, gdy w *„Dichtung u. Wahrheit"* wypowiada zdziwienie, że uczniowie tak wielkich ludzi, jak Boerhave i Haller, którzy stworzyli rzeczy wprost niesłychane, nie potrafią dostosować tych nauk do różnych zmiennych potrzeb.

Niezbyt pochlebnie o sztuce leczenia brzmią niektóre ustępy z Fausta. Faust, rozmawiający przed bramą miasta z Wagnerem (część I.), mówił o ojcu swoim alchemiku i lekarzu: (przekład p. prof. Wachholza).

Mój ojciec był to alchemik poczciwy;
Badał przyrodę i jej święte koła
W najlepszej wierze, w sposób swój właściwy
Z trudem dziwaka, w pocie czoła.
W czarnej on kuchni wraz z adepty
W zamknięciu spędzał swe godziny
I wedle długiej swej recepty
Sporządzał wstrętne mieszaniny.

. . . .

Lek był gotowy, chorzy umierali,
O uzdrowionych pytać było szkoda.
Tak to piekielne nasze te mikstury
Zniszczenie siały na doliny, góry,
O wiele sroższe, aniżeli mór.
Ja sam trucizną setki obdzieliłem;
Pomarły one, wzamian zaś dożyłem,
Że się morderców sławi jako wzór.

Dalej w słowach Mefista w kuchni czarownic wypowiedziane jest zapatrywanie, że lekarz jeśli chce, aby leczenie jego odnosiło skutek, otaczać się musi pewnem misterjum.

Jak lekarz musi ona nacudować,
By sok jej lepiej mógł skutkować.

mówi Mefisto o czarownicy. Sarkastyczne docinki lekarzom znajdują się też w II części Fausta, szczególnie w klasycznej nocy Walpurgji przy dolnym Peneiosie, gdy Chiron prowadzi Fausta do Manto, córki Eskulapa, która:

Śle ojcu prośby cicho rozmodlona,
Aby dla swojej czci obrony
Choć promyk światła na lekarzy rzucił
I od zuchwałych zabójstw ich zawrócił.

. . . .

Jej to się uda w krótkim stanie rzeczy,
Że korzonkami całkiem cię wyleczy.

(Tłumaczenie to, jak i dalsze z II cz. Fausta, pochodzą z niewydanego jeszcze po polsku przekładu p. prof. Wachholza, któremu za użyczenie mi tych zwrotek najuprzejmiej dziękuję).

W przeciwieństwie do tych i szeregu innych pesymistycznych w stosunku do sztuki leczenia zwrotów spotykamy u Goethego od wczesnej młodości wysoki kult medycyny, a jak na studenta wy-

---

[1]) Odczyt wygłoszony 12 listopada 1932 r. w Krak. Tow. Lekarskiem na wieczorze, urządzonym ku czci Goethego.

działu prawnego, niebywałe wprost zainteresowanie. Zarówno w Lipsku, jak później w Strassburgu, gdy kończy prawo ze stopniem doktora, przebywa prawie wyłącznie w towarzystwie medyków, a w Strassburgu poświęca cały wolny czas na studja lekarskie, chodząc do prosektorjum anatoma i chirurga Lobsteina i uczęszczając na kliniki. O medykach wyraża się w *„Dichtung u. Wahrheit"*, że są jedynymi studentami, którzy poza godzinami zajęć o swoim przedmiocie żywo rozprawiają. „Leży to" pisze Goethe „w naturze rzeczy. Przedmioty ich zainteresowania są równocześnie najprostszemi i najbardziej skomplikowanemi, najwięcej działającemi na zmysły i też najbardziej wzniosłemi. Medycyna zajmuje całego człowieka, bo zajmuje się całym człowiekiem". Jakże nowocześnie brzmią te słowa wobec częstego w ostatnich latach podkreślania w medycynie konieczności leczenia nie poszczególnych chorych narządów, ale całego ustroju.

Studja medyczne miały dla Goethego jeszcze tę poboczną wartość, że uczyły go przezwyciężania rozmaitych słabości, jak brzydzenia się martwem i chorem ciałem, przykremi zapachami, w czem doszedł do zupełnego opanowania i mógł np. potem asystować przy operacji ocznej swego przyjaciela Herdera, robionej przez Lobsteina. Ta dążność do opanowania swych słabości uwydatniała się w tym czasie w różnych formach. Jednem z najbardziej znanych jego usiłowań w kierunku przezwyciężania niemiłych mu stanów było codzienne wchodzenie na najwyższe dostępne miejsce wieży katedry strassburskiej, w celu pokonywania zawrotów głowy. Stawał tam na maleńkiej platformie, upajając się pięknym widokiem na prostolinijną taflę wód Renu, na Wogezy i przeciwległy Schwarzwald, i doszedł po pewnym czasie do tego, że patrzenie wprost wdół znosił bez przykrości.

Zajęcie się medycyną w Strassburgu nie było już dziełem przypadku, ale wypływało z głębokich potrzeb jego ducha, powstałych na tle poprzednich rozmyślań o medycynie w Lipsku i Frankfurcie. Badanie chorych na klinice zaczęło odpowiadać bardzo jego upodobaniom, a dokładna obserwacja symptomów choroby i ocena jej przebiegu, metoda hipokratesowska — ogromnie trafiały mu do przekonania i czyniły obcy mu właściwie zawód tem ponętniejszym i milszym. Tutaj w Strassburgu powstała ta iskierka zapału do nauk przyrodniczych, która rozżarzyć się miała potem do ogniska, całe życie równolegle do twórczości poetyckiej płonącego.

W związku z szczęśliwie przebytemi chorobami niejeden pochwalny zwrot o lekarzach spotykamy w pismach Goethego. Gdy np. podczas przerwy w studjach między pobytem w Lipsku i Strassburgu nawiedziła go silna długotrwała niedyspozycja trawienna i zdawało się, że nic już pomóc mu nie zdoła, dostał od jednego z lekarzy bliżej nieokreślony środek, który tak poskutkował, że stanowczy od tej chwili nastąpił zwrot ku lepszemu. „Nie potrzebuję dodawać", pisze Goethe, „jak podniosło to zaufanie do mego lekarza". W rozmowach z Eckermannem w r. 1830 podkreśla, że późny wiek swój zawdzięcza drowi Voglowi, swemu lekarzowi domowemu; miał to być, zdaniem Goethego, człowiek jakby urodzony na lekarza, jeden z najgenialniejszych ludzi, jakich widział. Uwielbienie dla stanu lekarskiego uwydatnia się również w słowach Fausta (w II części), witającego lekarza Chirona na dolnym Peneiosie:

> Lekarza, który wszelkie zna rośliny,
> Korzenie wszystkie aż do jej głębiny
> I chorym, rannym niesie ulgi tyle,
> Pozdrawiam w duchu i w cielesnej sile!

Na co Chiron odpowiada:

> Gdy bohatera wróg poranił dziki,
> Z pomocą, z radą pośpieszyć umiałem;
> Lecz wkońcu sztuki mej tajniki
> Znachorkom — babom i klechom oddałem.

Ostatnie wyrazy uważa E. Müller jakby proroczo wypowiedziane w stosunku do znaczenia, jakie dla medycyny przypadło później księdzu Kneippowi.

W innem znów miejscu wyraźna aluzja do homeopatji. Gdy pod koniec 1 aktu II części Fausta w jasno oświetlonych salach dama dworska pyta Mefista, co ma robić na odmrożenie nogi, które przeszkadza jej tańczyć i swobodnie ruszać się, tenże odpowiada, że stąpnięcie jego nogą pomoże. A gdy owa Braune podkreśla, że to jest dopuszczalne tylko między kochankami, Mefisto mówi:

> Stąpnięcie moje większe ma znaczenie.
> Podobne zawsze ja podobnem leczę;
> Więc nogi leczę mocą mych odnóży.
> Pójdź bliżej! baczność! ból się nie powtórzy.

A więc: *Similia similibus curantur.*

W V akcie dramatu *„Torquado Tasso"* Goethe przedstawia słowami Antonjusza trudności, jakie lekarz miewa ze swymi pacjentami, nie chcącymi stosować się do ich poleceń.

A ile to zwrotów w dziełach Goethego specjalnie z fizjologją ścisłą łączność posiada! Nie chce się Faust w kuchni czarownic poddać radzie Mefistofelesa odmłodzenia przez powrót do natury, przez pracę na roli i odżywianie najprostszym, niemieszanym pokarmem. Dzisiejsza nauka o odżywianiu uczy, że najodpowiedniejszem jest dla człowieka pożywienie mięszane, u ludzi jednak pracujących fizycznie, gdy ogromna ilość kaloryj zostaje zużyta, wtenczas i mniej urozmaicona kuchnia dobrze jest znoszoną, gdyż duży zwykle apetyt sprzyja wówczas przyjmowaniu dostatecznej ilości nawet bardziej jednostajnego pożywienia. Że zaś umiarkowana praca fizyczna korzystnie wpływa na dłuższe utrzymanie młodości — o tem też dobrze wiemy.

Na zapytanie Fausta o naturalny środek odmłodzenia Mefisto odpowiada:

> Można bez pieniędzy
> Mieć go, bez guseł i lekarskich rad:
> Wynieś się na wieś i co prędzej
> Uprawiaj w trudzie ziemi szmat.
> Zacieśnij myśli twoich pole,
> W ograniczonem więź je kole,
> Jedz prostą strawę ze spokojem,
> Żyj z bydłem, jak to godzi się bydlęciu,
> Sprzątniętą rolę nawoź gnojem,
> I to jest środek niezawodny,
> By młodym być do lat ośmdziesięciu.

W innem znowu miejscu znajduje się zwrotka, świadcząca o tem, że Goethemu nieobca była myśl, iż zmiany ciśnienia atmosferycznego wpływać mogą na ustrój człowieka. Gdy Faust wchodzi do małego schludnego pokoju Małgorzaty, mówi do siebie:

> O biedny Fauście! już Cię nie poznaję.
> Czy mnie czarowne tu owiewa tchnienie?
> Przybyłem, aby wprost używać,
> A w snach miłosnych muszę się rozpływać!
> Czy nami igra powietrza ciśnienie?

Goethemu, sądzę, który parokrotnie po Szwajcarji podróżował, mógł uwydatnić się nieraz wpływ zmiany ciśnienia atmosferycznego, a o silnem jego działaniu na dużych wysokościach wiedział prawdopodobnie stąd, że w czasie podróży z Ks. Wejmarskim po Szwajcarji późną jesienią 1779 r. poznał się w Genewie z Saussurem, który jako drugi zrzędu człowiek stanął wtenczas na szczycie Mont-Blanc, i rozpoczął badania klimatu górskiego. Dopiero w 100 lat później, przy końcu wieku 19-go, rozwinęła się szerzej nauka o wpływie ujemnego ciśnienia, a przytem podkreślić tu można, że już w r. 1844 prof. fizjologji w Krakowie Józef Mejer wydał pracę p. t. „Skutki ciśnienia powietrza pod względem fizjologji i patologji".

Najbardziej znanym ustępem z Fausta, odnoszącym się do medycyny wogóle, jest scena z Mefistem i jego uczniem, w której na zapytanie ucznia, co to za wiedza ta medycyna, Mefisto odpowiada:

> Duch medycyny łatwo się tłumaczy;
> Przestudjuj wielki, potem mały świat,
> I wkońcu pozwól, by krążyły oba,
> Jak Bogu się podoba.
> Próżno się z wiedzą porałby twój duch,
> Każdy się uczy, ile w jego sile;
> Lecz kto bieżącą chwyci chwilę,
> Prawdziwy mi to zuch.
> Postawa Twa dość dobra, jak i twarz,
> I na śmiałości snać Ci też nie zbywa,
> Więc jeśli wiarę w siebie masz,
> Zaufa Tobie każda dusza żywa.
> Szczególnie poznaj wpierw kobiety;
> To wieczne: „ach! niestety!"
> Tak różne u tych osób,
> Winieneś leczyć w jeden sposób.
> Gdy półuczciwie pojmiesz wolę swą,
> To wszystkie już Twojemi są.
> Wpierw musi tytuł w nich wyrobić zdanie,
> Że nad Twą sztukę, wyższej nie zna świat; ;
> Za drobnostkami śledź na powitanie,
> Z któremi inny styka się od lat,
> Za pulsik chwytaj umiejętnie,
> A patrząc chytrze i namiętnie,
> Dokładnie zbadaj, przytem zbliska,
> Czy gorset bioder zbyt nie ściska.

Analizując cechy bohaterów Goethego, stwierdzić można, że ci pośród nich, którzy przedstawiają postacie psychicznie zboczone, zdradzają obznajomienie autora z różnemi stanami psychopatycznemi. Charakter Mignon jest według Gerbera tak przedstawionym, jakby to rzeczywiście odpowiadało cechom dziewczęcia, pochodzącego od rodzeństwa. Apoplektyk z *„Wilhelm Meisters Lehrjahre"* opisany jest ogromnie trafnie, a jego niezdolność mówienia, to, co nazywamy dziś motoryczną afazją, łączy się ściśle z pozostałemi objawami choroby. Postać Lenza w *„Dichtung u. Wahrheit"* — to typowa *hebephrenia* według Möbiusa, a młody sekretarz w *„Wertherze"* — wiernie odtworzona *dementia praecox*. Tasso ze swemi urojeniami przedstawiony jest jako typ paranoika.

Choroby duchowe Goethe uważał za następstwo nadmiernie wybujałych namiętności. Interesowały go wielce wszystkie problematyczne natury, różniące się od trzeźwego człowieka; zakładów dla obłąkanych unikał, życie zdawało mu się dostarczać dostatecznego materjału. Pomimo więc, że specjalnie nie zajmował się działem chorób umysłowych, to jednak zdołał wniknąć w istotę różnych psychicznych nienormalności. Żyjąc w ciągłej przyjaźni z szeregiem lekarzy, doszedł widocznie do takiego zrozumienia spraw lekarskich, że żadna gałąź medycyny nie była mu obca. Z pośród tych przyjaciół wymienić należy Hufelanda, autora dzieła: „Przedłużenie życia ludzkiego", który wyraził się o Goethem, że nie spotkał nigdy poza nim takiego połączenia doskonałości fizycznej i duchowej w jednej twarzy. Entuzjastycznie wyraża się Goethe o szczepieniu przeciw ospie, wprowadzonem przez Jennera, a pogardza wspomnianym już brownianizmem. Szczególne słowa uznania wypowiada w *„Wilhelm Meisters Wanderjahre"* chirurgom. Zawód ten nazywa najbardziej boskim ze wszystkich, chirurg leczy bez cudów i robi cuda bez słów. W *„Aufgeregter"* mówi o chirurgu, że jest to najbardziej szanowna na ziemi osoba.

Dok. nast.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

Kilka uwag w sprawie leczenia raka.

(Dokończenie).

Musimy przedewszystkiem skontrolować z nowego punktu widzenia nasze *dotychczasowe miejscowe sposoby lecznicze* i zbadać, czy nie wywierają one też ogólnego działania na cały ustrój i czy działanie to nie ma wpływu na wynik leczniczy.

Rozpoczniemy od *operacji doszczętnej*. Badania szczegółowe ustroju chorych operowanych wykazały, że *zabieg operacyjny*, łącznie z towarzyszącą mu narkozą i głodówką przed i pooperacyjną wywiera znaczny wpływ na cały organizm operowanego. Fakt ten znany był częściowo oddawna pod nazwą *urazu operacyjnego*, nie było jednak wiadomem, na czem polega patogeneza tych zaburzeń. Okazało się, że zabieg chirurgiczny poza zmianami urazowemi w miejscu operacji powoduje cały szereg zaburzeń przemiany materji u chorego, charakteryzujących się wzmożonym rozpadem ciał białkowych, zmianą lepkości krwi, zmniejszeniem jonów wapnia i zaburzeniem równowagi kwasoalkalicznej. Według Fohla i Schneidra (16) charakteryzuje się uraz operacyjny następującemi zmianami: Ciśnienie tętnicze spada, zmniejsza się ilość krwi krążącej i występuje zastoina w układzie włosowatym, zasób zasad ulega zmniejszeniu i występuje niebezpieczeństwo kwasicy. Według Raaba i Wittenbecka (17) wytwarza się po operacji i uśpieniu zaburzenie równowagi kwasoalkalicznej w krwi. Występuje przesunięcie oddziaływania w stronę kwaśną z zmniejszeniem się pH. Ale równie często równowaga kwasoalkaliczna zostaje przesunięta w stronę przeciwną ku zasadowości.

Z tych zaburzeń pooperacyjnych ustroju najważniejszem jest dla nas *przesunięcie oddziaływania krwi*. Widzieliśmy, że zasadowość krwi jest jednym z zasadniczych składników zmian ogólnych charakteryzujących chorobę raka. Jeżeli skutkiem operacji zasadowość ta zostanie usuniętą przez pooperacyjne zakwaszenie organizmu, to fakt ten sam przez się może mieć znaczenie lecznicze i sprawić, że przez usunięcie podstawowego składnika dyskrazji rakowej choroba może się wyleczyć. Niepomyślnem jest jednak, że kwasica pooperacyjna nie jest objawem stale występującym i że nie utrzymuje się długo. Zresztą silne stopnie kwasicy pooperacyjnej stanowią same przez się niebezpieczeństwo dla życia chorego. W przypadkach, w których zamiast zakwaszenia wystąpi po operacji zalkalizowanie ustroju, wynik ogólnego działania operacji będzie dla przebiegu choroby rakowej wręcz niepomyślny. Tem możnaby tłumaczyć spotykane niejednokrotnie gwałtowne pogorszenia i rozsiew nowotworu po operacji doszczętnej.

Tak więc *zabieg chirurgiczny* usuwający doszczętnie guz rakowy poza dodatnią stroną zabiegu, że organizm pozbywa się guza i wywoływanych przez niego powikłań, działa jeszcze w pewnych przypadkach pomyślnie drogą korzystnego przestrojenia ogólnego organizmu. W innych natomiast przypadkach, w których ogólny odczyn wywoła pooperacyjną zasadowość, wynik zabiegu chirurgicznego będzie, skutkiem tego oddziaływania ogólnego, *niepomyślny*.

Jak widzimy, koniecznem jest gruntowne przestudjowanie mechanizmu pooperacyjnej reakcji ogólnej i regulowanie jej w kierunku pomyślnym dla wyleczenia raka. Pooperacyjne zakwaszenie organizmu jest według Raaba i Wittenbecka następstwem dysfunkcji wątroby. Ale uraz operacyjny może ten sam efekt wywołać drogą podrażnienia n. trzewiowych poprzez nadnercza. Także post przedoperacyjny wpływa na całokształt zaburzeń. Kwasica pooperacyjna może ponadto być wywołaną uszkodzeniem nerek, jako skutkiem operacji (kwasica nerkowa). U chorego na cukrzycę może wystąpić acetonemja, jako następstwo pogorszenia stanu choroby. Wreszcie występuje też u zdrowych osobników po operacji kwasica, jako skutek zaburzenia przemiany węglowodanów pod wpływem postu i działania toksycznego środka znieczulającego.

Tu otwiera się chirurgji raka nowa droga do poprawienia wyników leczniczych przez uwzględnienie pooperacyjnej reakcji operowanego.

Co do *rentgenoterapji*, to wiadomem jest, że naświetlenie ustroju promieniami Roentgena wywołuje poza miejscowem uszkodzeniem naświetlonej tkanki znaczne zmiany w całym ustroju. Najwyraźniejszym dowodem ogólnego działania naświetlań rentgenowskich jest t. zw. *Roentgenkater*, zatrucie organizmu, przypominające objawami swemi zatrucie alkoholem. Niesposób tu choćby szkicowo zestawić naszych wiadomości w tym przedmiocie.

Dla naszych rozważań najważniejsze są doświadczenia, które dowodzą, że naświetlenie rentgenowskie może wpływać zasadniczo na odporność organizmu względem raka. Brüda wycinał szczurom śledzionę i stwierdzał, że w pierwszych dniach po operacji szczury takie stawały się podatne na szczepienie rakiem myszy, względem którego normalne szczury są całkiem odporne. Ta wrażliwość ginie jednak później u operowanych zwierząt i w trzy tygodnie po wycięciu śledziony zwierzęta są znowu dla raka mysiego odporne. Tę ponowną odporność można jednak znowu usunąć, jeżeli naświetlić zwierzę silnemi dawkami promieni Roentgena. Intensywne naświetlenie promieniami Roentgena uszkadza więc odporność organizmu względem raka. Bliższe badania wykazały, że chodzi o uszkadzające działanie ogólne takich naświetlań na układ siateczkowośródbłonkowy.

Te i inne doświadczenia w tym przedmiocie pozwalają nam oglądać w innem świetle spostrzeżenie, że intensywne naświetlenia promieniami Roentgena nie dają w leczeniu raka tych pomyślnych wyników, jakich teorja nakazywała się po nich spodziewać.

Ponieważ rentgenoterapja dąży do stosowania możliwie silnych dawek promieni w celu możliwie najgruntowniejszego zabicia komórek guza rakowego, więc technika naświetlań doszła w tym kierunku do granicy, jaka daje się pogodzić z zdrowiem i życiem chorego. Tymczasem objektywni badacze stale stwierdzają, że mimo znakomitych postępów technicznych wyniki lecznicze bardzo mało różnią się od wyników, które uzyskiwano dawniej, naświetlając stosunkowo słabemi dawkami. Nawet w pewnych przypadkach, jak np. przy zapobiegawczem pooperacyjnem naświetlaniu raków sutka, wiele statystyk wykazuje, że wyniki lecznicze po takiem stosowaniu rentgenoterapji są naogół gorsze, niż bez tych naświetlań. Zresztą wogóle rentgenoterapja zeszła przy leczeniu raka ostatnio stopniowo na plan dalszy jako mało skuteczna, ustępując miejsca leczeniu radem i dziś stosuje się ją przeważnie tylko w połączeniu z curieterapją.

Badania ostatnie przypisują winę niepowodzeń rentgenoterapji zbyt silnemu stosowaniu dawek w sposób masowy i ostatni kierunek w rentgenoterapji każe raka naświetlać dawkami częściowemi, rozdzielonemi na długi okres czasu. Skrajnym wyrazem tego kierunku jest t. zw. metoda Coutarda, która stosuje przez długie tygodnie bardzo drobne ilości bardzo przenikliwych promieni Roentgena. Przy takiej technice dawek przewlekłych, oczywiście bardzo często wogóle nie dochodzi w organiźmie do sumowania się działań poszczególnych drobnych naświetlań do wysokości teoretycznej dawki rakobójczej. Fried (18), który dokładnie obliczał stosowane przy metodzie Coutarda ilości promieni, stwierdził, że otrzymywał bardzo pomyślne wyniki, mimo że stoso-

wana dawka wyniosła zaledwie jedną trzecią teoretycznie wymaganej dawki rakowej.

Bliżej pozwoliły wglądnąć w mechanizm zachodzących tu zjawisk badania nasze z dr-em Flaszenem (19). Naświetlając *in vitro* kwas maleinowy, który według Freunda i Kaminerowej stanowi prototyp owego ciała, które w surowicy rakowej chroni komórki raka przed cytolizą, stwierdziliśmy, że *promienie beta radu* zmieniają ciało to tak, że traci ono swe właściwości rakochronne, a co więcej, działa zabójczo na komórki rakowe. Domieszanie kwasu maleinowego naświetlonego promieniami beta radu do szczepionki rakowej, czyni ją niezdatną do szczepienia na zwierzętach.

Tak więc rad posiada własność przestrajania organizmu w kierunku bardzo sprzyjającym wyleczeniu choroby raka. Ponieważ właściwość tę wykazują przedewszystkiem promienie beta radu, więc rozumiemy, że ta forma stosowania radu, przy której promienie beta mogą rozwinąć swe działanie w tkankach, daje najkorzystniejsze wyniki lecznicze. Jest to metoda leczenia zapomocą nakłuwania guza igłami radowemi. Silnie filtrujące igły radowe z ciężkich metali, jak złoto i platyna, chłoną przy odpowiedniej grubości ściany igły prawie wszystkie promienie beta, wysyłane przez zawarty w nich rad. Ale metalowa ściana igły staje się sama źródłem wcale intensywnego wtórnego promieniowania beta i promieniowanie to wywiera wybitne działanie na tkankę rakową i na odczyn ogólny ustroju. Od czasu zastosowania igieł radowych silnie filtrujących święci curieterapja swe największe triumfy i tu okazała się prawdziwie zbawienną dla całego szeregu umiejscowień raka, jak np. w rakach języka, które dopiero dzięki radopunkcji stały się przystępne pomyślnemu leczeniu.

Ten szkicowy przegląd nagromadzonych obserwacyj wykazuje, że nasze metody miejscowego leczenia guzów rakowych mają równocześnie z działaniem miejscowem przemożny wpływ na całość ustroju. Na tę stronę problemu nie zwracano dotąd dostatecznej uwagi. Wobec tego, że, jak widzieliśmy, wpływ ogólny tych metod może odbywać się w kierunku dla wyleczenia się choroby rakowej *niekorzystnym*, dozwolonem jest mniemanie, że wiele niepomyślnych wyników dotychczasowego leczenia, spowodowanych było niewystarczającem uwzględnieniem szkodliwości tych działań ogólnych i że konieczna korektura w tym względzie pozwoli, jak to widzimy w rentgenoterapji, znacznie poprawić wyniki lecznicze tych sposobów. *Nasze miejscowe sposoby lecznicze dojdą dopiero wtedy do szczytu, jeżeli poza działaniem miejscowem zabiegu będziemy też regulować odpowiednio ogólny wpływ zabiegu na ustrój.*

Rozumiemy więc, że bez uwzględnienia oddziaływania całego ustroju niesposób leczyć raka. Wobec tego zobowiązani jesteśmy zastosować w leczeniu tej choroby także sposoby, które wprawdzie miejscowo nie działają, ale mogą wpłynąć pomyślnie na przebieg choroby drogą ogólnego działania na ustrój. Zapoczątkowano ogólne leczenie ustroju chorego na raka.

Nie znamy dotąd środka, który wprowadzony do ustroju, potrafi drogą jego przestrojenia doprowadzić do ustąpienia guza rakowego i do wyleczenia choroby. Ten swoisty środek rakowy jest narazie tylko naszą wielka nadzieją.

Że istnieje możliwość usunięcia guza rakowego przez pochłonięcie go przez siły odpornościowe ustroju, dowodzą przypadki *samoistnego wyleczenia się raka*. Przypadki takie są tak rzadkie, że powątpiewano wogóle o ich możliwości. Niemniej przypadki takie istotnie zachodzą. Bretschneider (20) zestawił cały szereg samoistnych wyleczeń raka. Cusani (21) opisuje ostatnio taki przypadek. Chory, lat 55, cierpiał na raka grzbietu stopy. Chorobę ustalono histologicznie, jednak chory nie zgodził się na żadne celowe leczenie, robił tylko zwykłe kąpiele i opaski. Po dwóch miesiącach wystąpiła znaczna poprawa, a po 6 miesiącach choroba ustąpiła bez śladu. Mieliśmy sposobność w ciągu dziesięciu lat widzieć *podobny przypadek*. Chodziło o chorego z rakiem skóry w okolicy przyusznej z przerzutami gruczołowemi. Gruczoły wyjęto, a pierwotny guz miał być naświetlony radem. Skoro chory zgłosił się po 3 tygodniach po operacji, stwierdziliśmy, że guz pierwotny wyleczył się samoistnie bez zabiegu radowego.

Idealny środek przeciwrakowy powinien naśladować działanie natury w takich przypadkach i doprowadzić guz rakowy do zupełnego ustąpienia bez leczenia miejscowego, tylko drogą przestrojenia ustroju w kierunku wyleczenia z raka.

Środka takiego obecnie niestety jeszcze nie posiadamy. Natomiast rozporządzamy całym szeregiem *sposobów nieswoistych*, któremi wpływamy korzystnie na przebieg spraw chorobowych. Sposoby te uległy niesłusznie zaniedbaniu przy leczeniu chorych na raka. W dobie obecnej są one szczególnie ważne *przy leczeniu przypadków niezdatnych do leczenia sposobami miejscowemi*. Stanowią one tu jedyną nadzieję dla chorego.

O ile los chorego na raka, który jest zdatny do operacji lub radjoterapji, jest jeszcze dość znośny i lekarz stara się przez zastosowanie celowego leczenia doprowadzić do wyleczenia choroby, to los chorych niezdatnych do tych zabiegów był doniedawna istotnie opłakany. Medycyna praktyczna uznaje go *zgóry za straconego* i chory taki, pozostawiony swemu losowi, nie korzysta nawet z tej opieki i pomocy lekarskiej, którą zresztą przyznaje się każdemu choremu. Nastawienie lekarza, iż w przypadkach tych niczego celowego w kierunku wyleczenia uczynić nie można, sprawia, że tak częste powikłania guza, jak ropienie, krwawienia, zaburzenia pokarmowe i t. d. pozostawia się bez leczenia i chory taki zapada bardzo prędko w szybko postępujące charłactwo i wycieńczenie, które prowadzą w krótkim czasie do śmierci. Chory ginie przedwcześnie nie z powodu choroby raka, lecz z powodu nieleczonych powikłań.

Szczególnie fatalnem jest często stanowisko lekarzy w stosunku do bólów, na które chorzy rakowi bardzo często cierpią, a przeciw którym przyzwyczajono się stosować *morfinę*. Bóle rakowe powodowane są w pewnych przypadkach guzem rakowym. Niektóre raki mają szczególne powinowactwo do włókien nerwowych i rozprzestrzeniają się wzdłuż nerwów. Przypadki takich neurofilnych raków połączone są z silną bolesnością. Inny typ bólów przy raku związany jest z uciskiem guza na włókna nerwowe. Ale w bardzo wielu przypadkach bóle powodowane są przy raku zapaleniami nerwów, które tu, wobec zakażenia guza, powstają szczególnie łatwo i mają tło nienowotworowe, lecz zakaźne. Zamiast przeprowadzić właściwe leczenie zapalenia nerwu, zapisuje się choremu morfinę. Ale i bóle uciskowe powodowane są przeważnie tylko zapaleniem około guza. Zakażenie guza sprowadza naokoło niego typowy obrzęk zapalny, bardzo bolesny. Lecząc celowo zapalenie uzyskuje się w miarę ustępowania obrzęku także ustępowanie bólów. Raki neurofilne są stosunkowo rzadkie i tem samem regularne stosowanie morfiny przy bólach rakowych powinno być zarzucone i zastrzeżone dla tych nielicznych przypadków, gdzie istotnie skutkiem bezpośredniego zaatakowania systemu nerwowego inaczej niesposób bólów chorego opanować.

Zastosowanie morfiny połączone jest z wyraźną szkodą dla chorego rakowego. Działanie morfiny polegające na ustaniu łaknienia i na zaburzeniach trawienia sprawia, że zasób sił chorego pod działaniem morfiny szybko niknie i charłactwo rakowe rozwija się w znacznie przyśpieszonem tempie.

Osobliwy stan psychiczny chorych na raka sprzyja szybkiemu wytworzeniu się morfinomanji. Poczucie fizycznej i moralnej mniejwartościowości, które zakorzenia się w podświadomości chorego na raka, zostaje usunięte charakterystycznem działaniem morfiny na psyche i chory uwolniony nietylko od cierpień fizycznych, ale też od swego przykrego stanu psychicznego, zaczyna pragnąć morfiny, jak konstytucjonalny narkoman. Że ta strona działania morfiny ma tu przemożne znaczenie, najlepszym dowodem jest fakt, że skoro chory rakowy uwierzy, iż rozpoczęta terapja wyleczy jego chorobę, godzi się z usunięciem morfiny bardzo szybko, mimo że bóle jego jeszcze nie zostały usunięte.

Następstwem opuszczenia chorego rakowego przez lekarza jest bardzo szybko postępujący zapad sił, prowadzący do śmierci. Wystarczy w bardzo wielu takich przypadkach zastosować celowe leczenie powikłań guza i podnieść wiarę chorego w skuteczność stosowanego leczenia, aby uzyskać zadziwiający wzrost sił organizmu i poprawę, która dla chorego i jego otoczenia wydaje się wprost cudem. Zamiast zbadać istotę takiego cudownego leczenia, ogłaszała je medycyna urzędowo zgóry za praktycznie niemożliwe i piętnowała je mianem oszustw leczniczych. Lekarzy cudotwórczych w zakresie raka, którzy niejednokrotnie ze względów ubocznych otaczali swe postępowanie lecznicze tajemnicą, zawsze było dosyć. Działalność ich dla chorych była nader zbawienna, aczkolwiek medycyna urzędowa ich nie uznawała.

Ostatnio większy rozgłos wywołał cudowny sposób leczenia raka dra Salzborna w Wiedniu. Leczenie to jest typowym przykładem tego, cośmy przed chwilą powiedzieli. Sposób Salzborna polega, jak wynika z sprawozdania ogłoszonego przez A. Neumanna (22), na zastosowaniu ogólnych przepisów dietetycznych i leczniczych. Salzborn, którego chorzy składają się z przypadków t. zw. straconych, nie dba o jakiekolwiek leczenie guza, a leczy tylko symptomatycznie zapalenie, zakażenie i krwawienia guza. Poza środkami przeciwzapalnemi podaje tylko środki wzmagające łaknienie i tajemnicze lekarstwo, w które chorzy wierzą, że leczy raka. Lekarstwo to składa się z *valerianum guajacolicum* i podawane jest w tak drobnych dawkach i tak rzadko, że poza psychicznem działaniem nie może wywierać żadnego wpływu na przebieg choroby. Natomiast poświęca Salzborn ogromnie dużo uwagi na celowe odżywianie, na regulowanie trawienia i wydzielania u chorych. Leczenie odbywa się na wsi w dobrych warunkach klimatycznych, chorzy pozostają zdala od swych trosk

i zajęć. Następstwa takiego leczenia ogólnego nie dają na siebie czekać. W bardzo krótkim czasie ustępuje wtórne charłactwo, guz odbrzęka, bóle ustępują i chory, który uchodził za straconego i który nim był istotnie wobec zupełnego zaniedbania zdrowia, przychodzi do siebie i zaczyna znowu żyć znośnem życiem. Sam guz rakowy przytem nie ustępuje. Istnieje nadal w organiźmie. Mimo to chory nieraz jeszcze przez długie lata cieszy się wcale znośnym stanem. Nie zapominajmy, że rak jest przeważnie chorobą przebiegającą przewlekle, ciągnącą się przez długie lata.

Jak widzimy, sposób ten, jak i wiele innych pokrewnych, nie zawiera w sobie żadnych cudownych składników i *można go przeprowadzać wszędzie*, gdzie doświadczony lekarz zechce sobie zadać trudu zaopiekowania się celowo chorym. Mamy stale w opiece dziesiątki chorych rakowych, którzy latami żyją z guzem rakowym niezdatnym do operacji w wcale znośnym stanie zdrowia i kilkakrotnie pozwoliłem sobie przedstawić takich chorych w Towarzystwie lekarskiem.

Tak więc już samo *odpowiednie leczenie powikłań guza i odpowiednie uregulowanie i pilnowanie czynności ustroju chorego rakowego daje choremu znaczną poprawę stanu zdrowia i znaczne przedłużenie życia*. Mamy poza tem szereg innych sposobów, aby *podnieść odporność organizmu* w stosunku do raka. Tu zaliczymy metody wzmagania sil ustroju przez zastrzykiwanie roztworów glukozy, podawanie arsenu, fosforu i preparatów odżywczych. Tu należy ostrożna proteinoterapja, która w raku niejednokrotnie stosowana jest w postaci wyciągów z guzów rakowych (Rubens-Duval). Tu należą próby chemoterapji barwikami i koloidowemi roztworami ciężkich metali, w szczególności ołowiem. Sposoby te mogą tu i ówdzie dać wynik korzystny, o ile łączy się ich zastosowanie z celowem leczeniem ogólnem chorego.

Szczególnie ważnem jest według naszego doświadczenia *podawanie soli wapnia i magnezu*. Magnez okazał się, głównie dzięki badaniom Delbeta, jonem działającym bardzo korzystnie na przemianę materji chorych rakowych. Delbet przypisuje mu wprost działanie zapobiegawcze i pod jego wpływem pojawił się szereg publikacyj, które starają się wykazać, że zachodzi pewien związek między obecnością magnezu w ziemi danej okolicy, a liczbą zdarzających się w tej okolicy przypadków raka. Badania te nie wydają nam się przekonywujące. Niemniej fakt pomyślnego działania drobnych dawek soli magnezowych na raka nie ulega wątpliwości. Co do wapnia, to widzieliśmy, że organizm chorych na raka nie posiada go w ilości odpowiedniej i podawanie go powinno ułatwić powrót przemiany materji chorego rakowego do normy. Doświadczenia praktyczne prowadzone u nas od lat wykazały, *że podawanie mieszanki magnezowo - wapniowej daje bardzo pomyślne wyniki u chorych rakowych*. Przepisujemy ją w formie: *Calcium lacticum Merck* 95,0, *Magnesium citricum* 5,0, *M. f. pulvis* i podajemy ją 3 razy dziennie, pół do jednej łyżeczki w ćwierć szklance wody, po jedzeniu. Mieszankę tę stosujemy podczas radjoterapji i ordynujemy przez szereg miesięcy po dokonanym zabiegu. O istotnem działaniu mieszanki przekonały nas przypadki, w których chory po zaprzestaniu zażywania mieszanki w kilka dni zaczął odczuwać objawy nawrotu i gdzie nawrót ten istotnie wkrótce potem klinicznie wystąpił.

Należy nadmienić, że wobec tego, iż przemiana materji wapnia znajduje się pod wpływem gruczołu przytarczycznego, proponowano, aby w celach leczniczych podawać chorym rakowym *hormon paratyreoidalny*, który obecnie można otrzymać w handlu w formie wyciągów Collipa. Niestety wyników tego leczenia *nie widziano* i my także nie widzieliśmy przytem szczególnego działania. Wogóle co do leczenia hormonami, to poza pomyślnem działaniem wyciągów wątroby na anemje rakową i miejscowem pomyślnem działaniem insuliny na wrzody rakowe, żadne z leczeń hormonalnych nie dało dotąd wyników pomyślnych przy raku.

Leczenie ogólne raka znajduje się dopiero w początkach swego rozwoju. Wprowadzenie go do lecznictwa i dalsza rozbudowa wymaga jednak odpowiednio wykształconych w tym kierunku *lekarzy specjalistów*, obznajomionych dokładnie z rozmaitością przebiegu chorób rakowych i ich właściwościami patologicznemi. Interwencja takiego specjalisty jest dziś konieczną nietylko w posuniętych okresach raka, lecz już w jego okresach początkowych. Wybór sposobu leczniczego przy wczesnym raku nie jest tak prostym, jak się pozornie wydaje. Codzienne doświadczenie uczy, że nieodpowiednie próby lecznicze nietylko nie wyleczają guza, ale mogą sprawę chorobową znacznie pogorszyć. Fakt ten znany był medycynie od czasów najdawniejszych i stanowił jeden z zasad dawnego leczenia raka.

Hippokrates powiada w swych aforyzmach, że lepiej jest utajonego, nieowrzodziałego raka wogóle nie leczyć, gdyż chorzy leczeni umierają wcześniej, podczas gdy chorzy nieleczeni mogą dłużej pozostawać przy życiu. Czterysta lat później powiada Celsus, że tylko jeden typ raka *„kakoethes"* wytrzymuje leczenie. Co do reszty raków, to *reliqua curationibus irritantur et quo maior vis adhibita eo magis*. Jeszcze ostrzej wyraża to tysiącsześćset lat później Fallopio: *Quiescente cancro medico quiescendum*.

Najlepszym dowodem wielkiego postępu medycyny współczesnej w leczeniu raka jest fakt, że takie generalizowanie nie jest już uzasadnione. Niemniej wybór metody leczniczej w poszczególnym przypadku (chirurgja, rentgenoterapja czy curieterapja), wymaga specjalnego doświadczenia. Zresztą w wielu przypadkach doświadczony lekarz może zgóry stwierdzić, że dotychczasowe sposoby miejscowego leczenia skazane są tu na niepowodzenie. W tych przypadkach próby radykalizmu leczniczego kończą się tylko fatalnem przyśpieszeniem końca choroby.

Zarówno zaniedbanie lecznicze, jak i zbytnia aktywność mogą więc w raku przynieść wielką szkodę choremu i określenie wskazań leczniczych w poszczególnych przypadkach nie jest łatwem. Niesposób załatwiać tego w myśl pewnych ustalonych formułek. Konieczną jest daleko posunięta indywidualizacja i dostosowanie sposobów leczniczych nietylko do warunków miejscowych, ale do ogólnych warunków ustroju chorego. Niejednokrotnie trzeba zgóry zrzec się próby leczenia miejscowego i ograniczyć się, przynajmniej na pewien czas, do stosowania leczenia ogólnego.

To też bieg rzeczy doprowadza wszędzie na świecie do wykształcenia specjalnego typu lekarzy, zajmujących się przedewszystkiem leczeniem chorych rakowych. Tak, jak swego czasu dopiero przez wytworzenie się specjalistów w chorobach gruźliczych i przez założenie specjalnych oddziałów klinicznych i sanatorjów przeciwgruźliczych zdołano poczynić te znakomite postępy przy leczeniu gruźlicy, które z tej strasznej nieuleczalnej choroby zrobiły cierpienie, które w przeważnej ilości wypadków przystępne jest celowemu leczeniu, tak i w chorobach rakowych istotny postęp leczenia wymaga wykształcenia się nowej specjalności lekarskiej, kancerologji.

Tych kilka uwag wskazuje, jak ważnem jest ujęcie praktycznej strony problemu terapji raka w sposób *zupełnie odmienny*, niż dotąd, w myśl panujących teoryj rakowych, czyniono.

Naogół rak leczony przez nas stanowi schorzenie całego ustroju, a guz rakowy jest tylko objawem, którego usunięcie bez równoczesnego stosowania terapji ogólnej, może dać tylko wyjątkowo wynik pomyślny. Leczenie raka wymaga więc szczególnego postępowania leczniczego, które chory znaleźć może najlepiej w specjalnych zakładach leczniczych przeciwrakowych pod opieką specjalnie w tym kierunku wyszkolonych lekarzy.

Piśmiennictwo:

1) Döderlein: Klin. W. 1931. — 2) Chauffard: Pres. méd. 1932. — 3) Hartman: Pres. méd. 1932. — 4) Sittenfield: Radiology 1929. 13. — 5) Delagenière: Bull. Ass. Canc. 1931. — 6) Flaszen i Wachtel: Z. f. Krebsf. 1930. 31. — 7) Krebs i Busch: Z. f. Krebsf. 1931. 34. — 8) Brüda: Z. f. Krebsf. 1931. 34. — 9) Königsfeld: Kl. W. 1932. — 10) Tesauro: Z. f. Krebsf. 1932. 35. — 11) Moraczewski: Arch. klin. Med. 1897. 33. — 12) Watermann: Biochem. Z. 1922. — 13) Reding i Slosse: Bull. Ass. Canc. 1929. — 14) Flaszen i Wachtel: Kl. W. 1929. — 15) Wachtel: M. m. W. 1924. — 16) Fohl i Schneider: Deutsch. Z. Chirurg. 1929. 220. — 17) Raab i Wittenbeck: Arch. f. Gynäk. 1929, 139. — 18) Fried: Strahlentherapie. 1931. 41. — 19) Flaszen i Wachtel: Bull. Ass. Canc. 1931. — 20) Bretschneider. Arch. f. Gynäk. 1910. 92. — 21) Cusani: Riforma medica 1931. — 22) Neumann: Aerztl. Korresp. 1931.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Doc. Dr. Adam GRUCA, ord. Szpitala Kasy Ch. Lwów.

O objawie „odmy śródściennej" w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

O zapaleniu wyrostka robaczkowego napisano już bardzo wiele. Mimo to szereg zagadnień z niem związanych pozostało niejasnych, a nawet w rozpoznaniu względnie w postawieniu wskazań operacyjnych napotyka się w pewnych przypadkach na znaczne trudności. Rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego przy istnieniu wszystkich, względnie niektórych objawów klasycznych jest zwykle łatwe i proste i wszyscy chirurdzy są za najwcześniejszym, a czasem nawet za natychmiastowym zabiegiem operacyjnym. Przy zapaleniach w okresie przewlekłym stoimy również na stanowisku

usunięcia wyrostka, przyjmując, że szereg spraw zapalnych w górnej części brzucha (zapalenie woreczka żółciowego, wrzód dwunastnicy, zrosty okołodwunastnicze) łączy się etjologicznie z istniejącem lub przebytem zapaleniem wyrostka robaczkowego (Pauchet, Warrio, Harrenstein, Heile i i. cyt. u Glatzla: Pol. Przegl. Chir. X. (144. 1931) względnie, że przewlekły stan zapalny w wyrostku wpływa odruchowo niekorzystnie na czynność tych narządów (*Trias abdominalis* Carty'ego. Grath, Zweig, Warren, Nordmann i i. cyt. u Glatzla) jednak w tych przypadkach natychmiastowy zabieg operacyjny nie uważamy za konieczny.

O ostrości zapalenia wyrostka robaczkowego rozstrzygają objawy kliniczne — ból samoistny, ból uciskowy, obrona mięśniowa, zachowanie się tętna, ciepłoty języka, obrazu krwi. Istnienie nawet niektórych tylko z tych objawów wystarcza często do postawienia wskazań do natychmiastowego zabiegu. Każdy jednak z chirurgów zna przypadki wybitnego, niesamowitego, że tak powiem, niestosunku między objawami klinicznemi, a zmianami anatomo-patologicznemi w wyrostku i trudności decyzji do natychmiastowego zabiegu. Bóle samoistne ustały, ból w okolicy punktu Mc Burneya nieznaczny, obrony mięśniowej brak lub ledwie zaznaczona, ciepłota prawidłowa, język wilgotny, tętno miarowe i nieprzyśpieszone, (badanie obrazu krwi nie zawsze możliwe i zwykle wymaga kilku godzin) — a po kilku godzinach występują objawy podrażnienia otrzewnej i przy zabiegu stwierdza się martwicę ściany wyrostka i przebicie ropnia do jamy otrzewnowej. Przy badaniu jednego z takich chorych przed około trzema laty, stwierdziłem przy głębokiem spokojnem obmacywaniu prawego podbrzusza delikatne drobnobańkowe trzeszczenia w okolicy punktu Mc. Burneya, przypominające dotykowo skąpą odmę podskórną. Przy natychmiast wykonanej operacji, znaleźliśmy obraz odpowiadający zapaleniu ropowicowemu (*appendicitis phlegmonosa*). Zwracając systematycznie uwagę na to zjawisko, mieliśmy sposobność stwierdzić je w ciągu trzech lat w sześciu podobnych przypadkach.

Oto historja choroby jednego z nich:

W. Z. lat 25. urzędnik Kasy Chorych. Hist. chor. (425/32). Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie chorował na odrę i koklusz. Poza tem przechodził kilkakrotnie grypę i jest skłonnym do przeziębień. Ze strony przewodu pokarmowego nie miał nigdy dolegliwości. Obecna choroba zaczęła się nagle w nocy z 7 na 8. IV. wzdęciem i bólami brzucha, zwłaszcza po stronie prawej. Rano 8. IV. bóle samoistnie ustały. Po zjedzeniu śniadania wymiotował.

Stan 8. IV. w południe: ciepłota 36.6°, tętno 78, język wilgotny, nieco obłożony. Powłoki brzuszne jędrne, podściółka tłuszczowa mierna. Brzuch w całości miernie wysklepiony, niebolesny. Na prawym talerzu biodrowym lekkie ledwie wyczuwalne *defense musculaire*. Punkt Mc. Burneya nieco bolesny. Objawów Rovsinga, Blumberga, Kummla brak. Przy głębokiem spokojnem obmacywaniu stwierdza się na prawym talerzu biodrowym w głębi w okolicy punktu Mc. Burneya delikatne drobnobańkowe trzeszczenia, przypominające odmę podskórną. Równocześnie chory odczuwa mierny ból. Rozpoznano ropień w wyrostku robaczkowym. Przy natychmiastowym zabiegu operacyjnym znaleziono wyrostek nastrzykany zapalnie, bez zrostów z otoczeniem. Obwodowa połowa wyrostka jest kolbowato rozdęta do grubości palca, przyśrodkowa przewężona. Wykonano typową apendektomję. Po uciśnięciu na zgrubiałą część odciętego wyrostka wyczuwało się takie samo trzeszczenie, jak przy badaniu przed operacją. Ta część wyrostka była wypełniona ropą, śluzówka była miejscami rozpadła, miejscami w płatach odstawała od nacieczonej mięśniówki. Całość odpowiadała anatomo-patologicznie obrazowi *appendicitis phlegmonosa*.

Podobne obrazy anatomo-patologiczne stwierdziliśmy w innych pięciu przypadkach skierowanych do natychmiastowego zabiegu na podstawie istnienia powyżej opisanego objawu. We wszystkich wyrostek wykazywał u podstawy przewężenia, przedstawiał się zatem prognostycznie, co do dalszego samoistnego przebiegu, niekorzystnie.

Mechanizm powstawania opisanego objawu możemy sobie wytłumaczyć przesuwaniem sie pod uciskiem palca drobnych baniczek gazu między obrzękami, rozluźnionemi i częściowo martwiczo zmienionemi warstwami ściany wyrostka; polegałby on zatem na istnieniu rzeczywistej odmy śródściennej lub na przesuwaniu się banieczek gazu w świetle wyrostka wypełnionem ropą ku przewężonemu ujściu. W niektórych przypadkach objaw ten był wyczuwalny tylko jednorazowo, w innych można go było wywołać kilkakrotnie. Nie było go natomiast w przypadku *hydrops appendicis*, ani też w żadnym z przypadków zmian początkowych, ani w zapaleniach przewlekłych.

Na podstawie naszych dotychczasowych spostrzeżeń istnienie objawu „odmy śródściennej" jest bezwzględnem wskazaniem do natychmiastowego zabiegu operacyjnego, nawet przy braku jakichkolwiek innych klasycznych objawów ostrego zapalenia.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. G. KREMER. Warszawa - Otwock.

III. Ogólno-polski Zjazd Przeciwrakowy.

3. Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy odbył się w Łodzi w dniach 30 i 31 października r. 1932. 1) Współczesne badania nad rakiem, 2) wczesne rozpoznanie raka, 3) leczenie raka i 4) walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej — oto główne tematy Zjazdu.

Sterling-Okuniewski (Warszawa) mówił o „dziedziczności w raku i usposobieniu do niego". Nawiązując do trudności, jakie przedstawia badanie dziedziczności w medycynie wogóle, ref. podkreśla trudności, na które napotyka badanie dziedziczności raka. Posługują się w tym celu materjałem rzeczowym: ludzkim i zwierzęcym. U ludzi bada się a) rodziny rakowate, b) robi się zestawienia co do dziedziczności wszystkich chorych rakowatych oraz osobników zdrowych co do zapadalności ich rodzin na raka. U zwierząt bada się dziedziczność a) w guzach samoistnych, b) w guzach szczepiennych i c) w guzach otrzymywanych sztucznie zapomocą smołowania i t. p. Na zakończenie R. przychodzi do wniosku, że w *chwili obecnej nie można ustalić praw dziedziczności raka z całą pewnością*.

Pelczar (Wilno) stwierdził u chorych na raka w *surowicy krwi* pewien *czynnik*, który wywiera *ogólny wpływ* na cały organizm człowieka. To też dzięki temu czynnikowi organizm chorego na raka inaczej reaguje na rozmaite bodźce, niż organizm zdrowego. Tak np. rakowaty reaguje znacznie słabiej i mniej wyraźnie na zarazki wywołujące ropienie.

Eiger (Wilno) mówił „o mikrobiologicznem ujęciu sprawy tworzenia się i wzrostu komórki nowotworowej w ścisłej korelacji wzajemnej z fizjologją i patofizjologją ustroju oraz o teoretycznych podstawach racjonalnego leczenia raka". Z powodu braku czasu drugiej połowy swego tematu nie rozwinął.

Poza tem z Czarneckim demonstrował króliki, u których wywołali na muszli usznej nowotwory posmołowe, a potem poddawali te króliki działaniu ciał, które mają wpływ na układ obokwspółczulny i współczulny, a więc pilokarpiny, acecholiny, insuliny, terpentyny, wyciągów gruczołów przytarczycznych, gynergenu, sekakorniny, apokodeiny, adrenaliny, preparatu z *tuber cinereum* i wyciągu z substancji korowej nadnercza.

Dochodzą do wniosków następujących:

1) środki, pobudzające układ obokwspółczulny, wpływają przyśpieszająco na szybkość powstawania guzów oraz na ich bujniejszy rozrost;

2) środki, porażające układ współczulny, przyśpieszają również czas powstawania guzów doświadczalnych;

3) preparat z *tuber cinereum*, oraz wyciąg z substancji korowej nadnercza wpływają przyśpieszająco na szybkość powstawania guzów, oraz na ich bujniejszy rozrost.

Obecne wyniki potwierdzają rezultat poprzedniej pracy, a mianowicie, że *„układ współczulny ma niezawodnie dodatni, hamujący wpływ na powstawanie brodawczaków posmołowych; usunięcie* tego dodatniego wpływu stwarza warunki w ustroju, wzgl. narządzie, *przyśpieszające* pojawienie się tych nowotworów i wzmagające ich wzrost".

Oszacki (Kraków) mówił o „biochemicznym obrazie krwi, jako wyrazie przemiany materji u chorych na raka". R. badał krew żylną, wypływającą ze zlokalizowanego np. na prawej dolnej kończynie guza nowotworowego oraz z tkanek go otaczających, na zawartość w niej tlenu i porównywał osiągane liczby z temi, które dawała krew żylna z odpowiedniego terenu zdrowej lewej dolnej kończyny. Okazało się, że ilość tlenu we krwi *żylnej nowotworowej* jest *wyższa* aniżeli we krwi *zdrowej*. Poza tem R. porównywał ilość tlenu we krwi *tętniczej* nowotworowej z ilością jego we krwi *żylnej* nowotworowej. Jeżeli w warunkach normalnych u ludzi zdrowych ilość tlenu we krwi żylnej jest w pewnym stałym stosunku do tegoż we krwi tętniczej, to w danym przypadku stosunek ten jest naruszony. Krew *żylna* zawiera *więcej* tlenu niż *zazwyczaj*.

R. uważa wobec tego, że owe wyższe zawartości tlenu we krwi nowotworowej nie są następstwem szybszego przepływu krwi, lecz należy je uważać za wyraz osłabienia procesów utleniających czyto w tkankach nowotworowych samych, czy też w tkankach nienowotworowych, otaczających nowotwór.

R. jest skłonny przypuścić, że owo *osłabienie procesów utleniających należałoby uważać raczej za zjawiska pierwotne,* dotyczące tkanek nienowotworowych, a *warunkujące powstawanie tkanek nowotworowych.* Przyczynę zaś osłabienia procesów utleniających R. widzi w jakościowej zmianie biochemizmu ciałek czerwonych i ich morfologji — zjawiska, które udało mu się stwierdzić.

Zakrzewski i Kraszewski (Kraków) zakomunikowali, że im się udało hodować tkanki sześciu złośliwych nowotworów ludzkich przez szereg miesięcy poza ustrojem.

Mówiąc o właściwościach biologicznych komórek nowotworowych w hodowli poza ustrojem, Zakrzewski stwierdza, że przez dodawanie do pożywki (osocza, surowicy) odpowiedniej ilości heparyny (antyprotrombiny) udaje się uwydatnić różnicę w zachowaniu się w takiem środowisku tkanki nowotworowej a zdrowej.

Podczas gdy prawidłowe komórki stale się różnicują, *nie różnicują się zupełnie komórki nowotworowe* mimo nawet długotrwałego zupełnego zahamowania ich wzrostu. Charakterystyczną cechą komórek nowotworowych, różniącą je od komórek prawidłowych, jest brak możności różnicowania się. Własność ta tłumaczy niepohamowany wzrost nowotworu w ustroju.

Poza tem Zakrzewski zakomunikował, że *heparyna posiada zdolności hamowania bujania tkanek.* W osoczu (a w mniejszym stopniu i w surowicy zwierząt, szczepionych nowotworami) istnieją czynniki, hamujące wzrost hodowli tkanek nowotworowych, jak również i prawidłowych. Czynniki te pojawiają się w znacznych ilościach z chwilą rozpoczynającego się rozpadu rosnącego guza nowotworowego. Analogiczne czynniki zawiera krew ciężarnych samic, oraz zwierząt z ropniami. Istoty tych czynników nie udało się dotychczas jeszcze w zupełności wyjaśnić.

Płońskier (Warszawa) wstrzykiwał szczurom do jamy otrzewnowej zawiesiny z miąższu *pomidorów; guzy* powstawały na *krezce jelit i w sieci;* w gruczołach limfatycznych szyi i klatki piersiowej, oraz na śledzionie i w wątrobie stwierdzono u szczurów z guzami rozległe ogniska przerzutowe. Mikroskopowo guzy i ogniska przerzutowe miały charakter nowotworów złośliwych, zbliżonych do typu mięsaków okrągło-komórkowych, i w każdym razie niepodobnych do mięsaków Jensena. Badania kontrolne z kapustą, burakami, kartoflami dały wyniki ujemne. Wzorował się Płońskier w swoich doświadczeniach na próbach dokonanych w tym kierunku przez Askanazjego i Bellowsa.

Co się tyczy *wczesnego rozpoznania raka,* to Hirszfeld (Warszawa) w swoim referacie „ o zagadnieniu raka w świetle nauki o odporności“, wskazał na odrębność biochemiczną tkanki rakowej i możność wywołania przez nią odczynów odpornościowych. Odczyn serologiczny Hirszfeld-Halberówny w przypadkach raka okazał się jednakże nieswoistym, daje on się wywołać i u innych chorych i nawet w pewnych stanach fizjologicznych, jak ciąża i t. d.

W sprawie *leczenia* raka głos zabierali zarówno chirurdzy, jak i rentgeno- i radjolodzy.

U adeptów terapji energją promienną zaznaczył się wyraźny optymizm, może nieco jednostronny, ale poniekąd uzasadniony: natomiast Radliński (Warszawa), przedstawiciel chirurgów, ochłodził ten zapał, postawił kropkę nad i i dokładnie sprecyzował, jaki zakres choroby rakowej należy bezwzględnie do chirurga, a jaki do promieniolecznictwa. Ten antagonizm łagodzili ginekolodzy, którzy stosują często zarówno nóż, jak i promienie, i niektórzy z chirurgów, jak np. młody Bylina z kliniki poznańskiej.

Zawadowski (Warszawa) przytacza szereg przypadków nowotworów, leczonych promieniami X z dobrym wynikiem, a między innemi przypadki raka pierwotnego płuc, w których guz nowotworowy zniknął zupełnie po napromienianiach, oraz dwa przypadki nabłoniaków złośliwych jądra, z których jeden leczony jest bez objawów chorobowych i zdolny do pracy w rok po rozpoczęciu leczenia, mimo że istniały rozległe przerzuty w jamie brzusznej. R. radzi nie rezygnować nawet w tych przypadkach, gdzie są przerzuty do czaszki, albowiem widział znaczne poprawy i w takich stanach.

Flokszstrumpf i Gądek (Warszawa) mają przypadki raków trzonu macicy i odbytnicy wyleczone powyżej 6 lat.

Rubinrot (Warszawa) demonstruje chorą, cierpiącą na zaawansowanego raka dolnej wargi, a obecnie jest od roku zupełnie wyleczona metodą kombinowaną, o której mowa będzie niżej. Poza tem pokazuje fotografje mężczyzny z rakiem wargi dolnej również zupełnie wyleczonego od roku.

A. Kryński (Łódź) zademonstrował długi szereg chorych, u których rak był zlokalizowany na skórze ciała, wokoło oczodołu, na nosie, wargach, policzkach i t. d., a którzy to ludzie obecnie są zdrowi i bez nawrotów od roku i dwóch.

Flokszstrumpf i Gądek uzależniają wskazania do radjoterapji od histologicznego rozpoznania. Raki płaskokomórkowe nadają się bezwzględnie do naświetlań, — z wyjątkiem raków krtani i przełyku, których technika naświetlań nie jest jeszcze dokładnie opracowana. Raki gruczołów o komórkach kubicznych poddają się również promieniom γ. Raki cylindryczne najlepiej jest operować.

Meisels (Lwów) uznaje celowość naświetlania tylko w nowotworach, które konstytucjonalnie są na wpływ energji promiennej wrażliwe. W nowotworach, zbudowanych z komórek i tkanek konstytucjonalnie niewrażliwych, wyjątkowo tylko można uzyskać pewne wyniki.

Według A. Kryńskiego w przodujących zakładach leczniczych osiąga się do 95% wyleczeń w raku o komórkach podstawowych i do 68% w raku o komórkach wrzecionowatych.

Przy tej okazji zaznaczam, że Laskowski (Warszawa) chcąc uprościć zawikłaną klasyfikację raków, zaproponował na Zjeździe swoją klasyfikację opartą na zróżnicowaniu tkankowem. Jego mianownictwo uwzględnia: 1) typ komórek, 2) typ układu tkankowego, 3) czynność komórek rakowych i 4) stosunek do podścieliska.

Poza tem wszyscy zwolennicy promieniolecznictwa jednogłośnie podkreślają *ogromne znaczenie techniki naświetlania.*

A. Kryński twierdzi, że technika naświetlań ma decydujące znaczenie, lecz istnieje jeszcze dużo spornych punktów w tej dziedzinie.

Zawadowski jest zwolennikiem techniki rentgenoterapeutycznej Paryskiego Instytutu Radowego (prof. Regaud).

Flokszstrumpf i Gądek stosują rad według metody Prousta i de Nabiasa.

Meisels[1]) uważa, że metoda *rozdzielonych w czasie naświetlań,* którą wprowadził i rozbudował francuski radjolog Coutard, wykorzystuje *różnice w kumulacji dawek,* zachodzące między komórkami nowotworowemi, a tkanką łączną, naczyniami i t. d. i umożliwia stosowanie tych dużych koniecznych dawek bez niebezpieczeństwa większego uszkodzenia otoczenia zdrowego (komórki nowotworowe kumulują dawki rozłożone w znacznie wyższym stopniu, niż tkanka łączna). Charakter promieni — Roentgen lub rad — nie odgrywa tutaj tak znacznej roli, jak rozdzielenie przedewszystkiem w czasie naświetlań.

Obecnie kilka słów co do *metody* naświetlania i leczenia.

Flokszstrumpf i Gądek rozróżniają 4 duże grupy: 1) wkłuwanie aparatów radowych do nowotworu, 2) wprowadzenie radu do jamy narządów, 3) naświetlanie zewnętrzne i 4) naświetlanie na odległość. Stosowanie radu kombinują czasami z rękoczynem chirurgicznym (radjumchirurgja), elektrokoagulacją, nożem diatermicznym, promieniami X, środkami chemicznemi.

Rubinrot stosuje w leczeniu raka wargi dolnej metodę następującą: rentgenoterapja wstępna nowotworu wraz z gruczołami, elektrokoagulacja nowotworu, obkłucie zniszczonych tkanek nowotworowych igłami radowemi. (Zasługuje na uwagę twierdzenie Rubinrota, że w przeszło 3/4 przypadków raka dolnej wargi powiększone gruczoły podbródkowe i podżuchwowe nie są charakteru rakowatego, lecz zapalnego).

A. Kryński stosuje w rakach o komórkach podstawnych oraz w rakach o komórkach wrzecionowatych tylko w początkowym okresie leczenie kombinowane: kryoterapja, względnie kaustyczny sposób Ravogli i po 7—10 dniach intensywne naświetlanie promieniami Roentgena (2—2½ Hed przy 150 KV i filtrze 3 mm Al) w ciągu trzech do pięciu dni. W cierpieniach przedrakowych i w początkowym okresie raka o komórkach podstawnych wystarczają elektrokoagulacja, CO_2, sposób Ravogli.

Mayer (Poznań) mówi, że wyraźne wskazania do zabiegu wyłącznie chirurgicznego, radjologicznego, elektrokoagulacji lub skombinowanego z tych sposobów leczenia ustalić może z pożądanym skutkiem lekarz, który jest nietylko chirurgiem lub jedynie zwyczajnym „naświetlaczem“, lecz przedewszystkiem *doświadczonym klinicystą w chorobach nowotworowych i obeznanym doskonale z biologją i techniką radjologiczną* w najszerszym tego słowa znaczeniu. Należyte wykonanie planu leczniczego wymaga stałego współdziałania radjologa z chirurgiem. Oddawanie pacjenta na wyłączną własność radjologów przez chirurga lub odwrotnie nie odpowiada dzisiejszym wymogom nauki i stanowi częstą przyczynę ujemnego wyniku leczenia. Byłoby teraz *błędem* sztuki lekarskiej po zastosowaniu leczenia wyłącznie chirurgicznego, zajmowanie stanowiska *wyczekującego* i dopiero wówczas stosować naświetlanie, gdy się pojawią nawroty lub przerzuty. *Zapobiegawcze naświetlania i kontrola w wypróbowanych odstępach czasu okazały się niezbędne i poprawiły wyraźnie statystykę wyleczeń.* Chory nie jest zabezpieczony przed nawrotami przez całe życie. Naświetlanie przed operacją hamuje nawroty i zapobiega przerzutom, nie dopuszczając żywych komórek rakowych podczas zabiegu do ogólnego krwiobiegu. Od umiejętnego zastosowania dawki przeciwrakowej na początku leczenia radjologicznego zależy dalszy los chorych. *Dokładne opanowanie obecnej techniki naświetlań stanowi conditio sine qua non wyleczenia raka.* Chory powinien zawsze być naświetlanym tylko w jednym zakładzie. Przyjmowanie chorych do naświetlań z notatkami dawek, zastosowanych w innych zakładach, jest zazwyczaj w wysokim stopniu ryzykowne.

---

[1]) P. G. L. Nr. 6. 1933.

Liczba	Umiejscowienie	Ilość przypadków	Mężczyzn	Kobiet	Nie nadające się do operacji	Operowano	Śmiertelność pooperac.	Wpływ promieni	Zlecenia i uwagi
1	Żołądek	239	180	59	60	179	46%	0	radzi stosować często próbną laparatomię
2	Sutek	169	5	164	17	152	6,8%	0	badanie doraźne histopatolog. podejrzanego guzka. Jeżeli *Ca*, natychmiast. operacja rad
3	Warga dolna	146	142	4	8	138	6,5%	+	
4	Przełyk	88	75	13	13	75	23%	0	
5	Odbytnica	62	39	23	10	52	29%	0	płaskokomórkowe są podatniejsze na lecz. radem niż gruczolaki galaretowate
6	Jelito grube	31	21	10	7	24	38%	0	
7	Język	17	13	4	4	13	46%	+	rad

Po tych pełnych zapału optymistycznego przemowieniach rentgeno- i radjologów, referat Radlińskiego podziałał jak zimny prysznic, stawiając ich na twardy grunt niemiłosiernej rzeczywistości.

Materjał II Kliniki Chirurgicznej Uniw. Warszawskiego obejmuje za lata 1920—1932 przypadków raka 1014 (w tem mięsaków 123).

Powyższa tablica przeze mnie skonstruowana na zasadzie materjału Radlińskiego daje obraz orjentacyjny.

Z tablicy wynika, że większa część raków ma takie umiejscowienie w narządach, które nie poddaje się wpływom promieniolecznictwa. tak np. w rakach żołądka (najliczniejszych), sutka, przełyku i jelita grubego — promieniolecznictwo nie wywiera żadnego prawie skutku; natomiast raki skóry, wargi dolnej i języka są podatne tym wpływom i w tych przypadkach osiąga się dobre wyniki zarówno co do istoty choroby, jak i strony kosmetycznej.

Wnioski ogólne Radlińskiego są: wczesne rozpoznanie, rozległa doszczętna operacja — zapewnia najlepsze wyniki, w raku sutka do 100%. W leczeniu energją promienistą mamy wydatny czynnik pomocniczy, nierównomiernie skuteczny w różnych postaciach, najbardziej skuteczny w rakach skóry.

Bocheński (Lwów) [2]), prawie ostatni mówca, wniósł umiarkowanie w ten spór, który nabierał czasami cech namiętności. „Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów" — oto tytuł jego referatu. Zarówno operacja, jak i naświetlania energją promienistą są dzisiaj jedynemi, równowartościowemi środkami leczniczemi raka macicy, a cała doniosłość problemu leczniczego leży w należytem wyborze jednego lub drugiego środka, względnie ich kombinacji w każdym poszczególnym przypadku. Tyczy to, naturalnie, tylko przypadków nadających się do operacji. W przypadkach zaś, nienadających się do operacji, jedynym środkiem leczniczym są naświetlania. Dotychczasowe wyniki po naświetlaniach pozwalają żywić nadzieję, że wyniki te będą jeszcze lepsze w miarę dostosowania techniki naświetlań do własności biologicznych komórki rakowej. W tym też kierunku kroczyć winny usiłowania zarówno radjoterapeutów, jak i klinicystów. Z drugiej strony, niemniejsze znaczenie w zwalczaniu raka mieć będzie przedewszystkiem wczesne rozpoznanie i jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia.

Niewiadomski (Warszawa) w zgłoszonym, a nie wygłoszonym odczycie „Chirurgja a nowotwory" jest zdania, że obie bronie w walce z rakiem są dziś równorzędne, w pewnej dziedzinie (narządy wewnętrzne) chirurgja nadal święci triumfy, w innych (skóra) odstępuje chętnie miejsce aktynoterapji, znowu w innych, podając sobie dłoń, wspólnie działają, by tem skuteczniej zwalczyć wroga.

Jeżeli wspomnę jeszcze o ciekawych referatach Łukaszczyka (Warszawa) o podstawacn biologicznych leczenia nowotworów energją promienną, Schusterówny (Lwów), „w sprawie rozlanych złośliwych nowotworów opon mózgowych", które klinicznie przebiegają nieraz bez ciężkich objawów, a są stwierdzane dopiero na sekcji, Lenczowskiego [3]) (Lwów) „o znaczeniu i wartości obrazu drobnowidzowego w rozpoznaniu raka macicy", w którym kładł nacisk na umiejętne pobieranie skrawków do badania histo-patologicznego, Makowera (Łódź), który stwierdził, że próba Bendiena, która narobiła dużo rozgłosu w prasie i posłużyła nawet jako materjał do dyskusji w angielskim parlamencie, jest nieswoista dla raka i rozpadowej gruźlicy, Żebrowskiego (Łódź) „o wczesnem rozpoznawaniu raków ucha i górnego odcinka dróg oddechowych", a nareszcie Thursza (Warszawa) „o wlewaniu dożylnem alkoholu etylowego przy raku", wygłoszonego z entuzjazmem, ale narazie słabo udowodnionego zarówno teoretycznie, jak i pokazowo, to zdaje mi się, żem wyczerpał cały materjał naukowy Zjazdu. Warto dodać, że w dyskusji Erbrich (Warszawa) zakomunikował wartościowe dane statystyczne ze swojej kliniki oto-laryngologicznej.

Wejnert i Fr. Ks. Radziwiłł (Warszawa) mówili na ostatni temat zjazdowy t. j. o walce z rakiem na terenie Rzeczypospolitej. Sprawozdanie ze strony *społecznej* Zjazdu czytelnik znajdzie w moim artykule w Nr. 4. „Nowin Społeczno-Lekarskich" z r. b.

---

[2]) P. G. L. Nr. 51. 1932.
[3]) P. G. L. Nr. 11. 1933

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego. Nr. 4—5. 1932. H. Rudziński: Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie. — A. Wirszubski: Omówienie przypadku letargu. — S. Małofiejew: Kilka uwag w sprawie symptomologji przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego. Nr. 6. 1932. B. Dylewski: O nauczaniu na uniwersytetach techniki badań uszu, nosa i gardła. — L. Achmatowicz: Analiza 32 przypadków przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy. — H. Dunin-Horkawiczowa: Przypadek laboratoryjnego zakażenia laseczką Banga. — A. Malinowski: Przypadek miotonji wrodzonej. — S. Bagiński: Trzy lata szczepień ochronnych przeciwgr. BCG w Wilnie. — L. Achmatowicz: Przypadek niecałkowitego pęknięcia pęcherza moczowego. — W. Prażmowski: Wyniki dotychczasowe szczepień ochronnych przeciwbłoniczych w Wilnie.

Medycyna Praktyczna. Nr. 1. 1933. K. Bross: O t. zw. agranulocytozie (złośliwej neutropenji). — N. Haase: Niedokrwistość złośliwa Biermera, jej rozpoznanie i leczenie.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 151. 1933. W. Walkiewicz: W sprawie zmian histologicznych w jelitach przy pomorze świń. Badania nad powstawaniem miejscowej eozynofilji. — W. Sarnowiec: Choroby trzody powodowane przez b. suisepticus i b. suipestifer.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 2. 1933. St. Mglej: Badania hematologiczne u zdrowych i chorych koni. — A. Schott: Doświadczenia nad działaniem szwów żołądkowych. — K. Szczudłowski: Nieprawidłowe wygojenie złamanej kości udowej przyczyną przepukliny u kota. — M. Strowski: Zastosowanie Causythu w medycynie weterynaryjnej.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 3. 1933. S. Hubicki: Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — A. Wóycicki: Robotnik polski i ubezpieczenia społeczne. — Z. Rynkiewicz: Prawo do zasiłku połogowego pozostającej bez pracy pracownicy ubezpieczonej w K. Ch. przez Z. U. P. U.

Lekarz Wojskowy. Nr. 4. 1933. L. Bogucki: Frigorymetr Dorno — jego zastosowanie i znaczenie. — J. Garbień: Modyfikacja operacji wodniaka jądra. — Dzierżyński: Z kazuistyki rzadszych schorzeń kośćca.

Medycyna. Nr. 4. 1933. W. Orłowski: Ostra niewydolność czyli niewyrównanie krążenia. (Insufficientia s. decompensatio circulatoria acuta). — J. Orgańska: Leczenie gonakryną rzeżączki kobiet. — P. Krukowski: Przypadek eukodalizmu. — J. Fliederbaum: Nowy objaw różniczkowo-rozpoznawczy w moczówce prostej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 9. 1933. H. Strauss: Jak dalece wolno nosicielom chorego woreczka żółciowego podawać tłuszcze i żółtko z jajka? — J. Merenlender: Czy istnieje antagonizm między kiłą skóry i kiłą późną układu nerwowego ośrodkowego (t. zw. metakiła)? — W. Dzierżyński, W. Jeżewski i A. Kacenelson: Infekcyjne porażenia nerwów okoruchowych. — A. Lapidus: Technika badania osadu moczu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 9. 1933. M. Dominikiewicz, J. Opieńska, Blauth, Z. Metze: Badania i ocena jodwasogenów naszego rynku farmaceutycznego.

OCENY.

Moja służba w Brygadzie. SŁAWOJ SKŁADKOWSKI. Pamiętnik polowy. I. str. 336. II. str. 412. Warszawa 1932—1933.

Po przeczytaniu książki oddanej mi do recenzji zastanawiam się przedewszystkiem, dla kogo przeznaczył ją autor, następnie zaś dla kogo ona mojem zdaniem się nadaje, komu mogłaby przynieść pożytek. Mam wrażenie, że pamiętniki Składkowskiego były tylko dla samego autora pisane, autor notował swoje obserwacje i wrażenia i w momencie pisania nie spodziewał się zapewne wydania ich drukiem. To też zastanowić się należało do kogo, zdaniem recenzenta, książka powinna dotrzeć. Momenty, które brałem pod uwagę były następujące: wspaniała forma opowiadania, która pozwala cały, dwutomowy, pamiętnik przeczytać jednym tchem, ścisłość historyczna, którą pozwoliłem sobie skontrolować przez porównanie z własnemi z czasów wojny zapiskami, a która szczególnie wyraźnie występuje w uchwyceniu nastrojów; wielka ilość danych do dziejów służby lekarskiej w I. Brygadzie; niezmiernie ciekawe próby statystycznego ujęcia ruchu rannych i chorych w 3. p. p. I. Brygady; wreszcie przedstawienie rodzaju zajęć lekarza bataljonu i pułku w czasie wojny. Historję Brygady i Jej walk zostawić musimy na uboczu: na łamach lekarskiego pisma należy się zająć lekarskiemi sprawami.

Uważałbym więc, że pamiętnik powinien przedewszystkiem dostać się w ręce młodych lekarzy, którzy nie przeszli służby wojskowej, a którzy w czasie wojny (zawsze z tą ewentualnością musimy się liczyć) znaleźliby się w szeregach wojskowych. Z pamiętnika zobaczą, że dobry lekarz oddziału bojowego musi być w pierwszym rzędzie dobrym i mądrym człowiekiem, który nietylko opatrzy rannych i zrobi wizytę lekarską, ale i do serca żołnierskiego potrafi znaleźć drogę; że czekają na niego zadania, o których rozwiązywaniu nigdy przedtem nie myślał (budowa łaźni II. str. 187, kopanie studni II. str. 229); że musi orjentować się w sytuacji bojowej, bo gdy może się zdarzyć, że przed rozpoczęciem boju znajda się punkty rozkazu dotyczące lekarza i sanitarjatu, to w czasie boju, a zwłaszcza w wypadku odwrotu, nikt inny nie będzie za niego myślał, nikt mu nie wyda dyspozycyj, dowódca oddziału ma przecież w tej chwili do rozstrzygania decyzje z punktu widzenia walki bezwarunkowo pilniejsze; że wartość moralna żołnierza od lekarza w dużej mierze zależy: pewność pomocy lekarskiej i wyniesienie z placu boju nie są sprawami drobnemi. I z pamiętnika lekarza może sobie czytelnik-lekarz wyobrazić swoją ewentualną przyszłą działalność, może wewnętrznie do niej się przygotować i wtedy książka spełni zadanie, którego autor nie miał może na celu, ale które jest zadaniem wielkiem.

Drugą grupą lekarzy, która z omawianej książki powinna skorzystać, to ci, których zajmuje służba lekarska w armji i jej dzieje. Szczególnie dla nich ciekawą bedzie praca nad zestawieniem statystycznem rannych (zapisanych przez autora w notatce opatrzonej tytułem „Złota Księga Młodzieży Polskiej") oraz chorych (w „Srebrnej Księdze Młodzieży Polskiej"). Przez 3 p. p. I. Brygady przewinęło się ogółem 2576 żołnierzy; w ciągu 15 miesięcy pracy bojowej utracił pułk 121 zabitych (6%), 550 rannych (21% ogólnej liczby żołnierzy), kontuzjowanych 71 (3%); straty bojowe wyniosły 742 ludzi (okrągło 30% ogólnej liczby). Ilość chorych, odesłanych do szpitali, wynosiła 750 osób czyli również około 30% ogólnej liczby. Ale najciekawsze jest stwierdzenie, że w tym czasie, gdy były straty bojowe t. j. w czasie walki, chorych niema; poprostu nie zgłaszają się do lekarza, chorzy ostatnim wysiłkiem woli trwają w oddziałach i meldują się u lekarza dopiero po skończonej bitwie. Niech ten stan porówna ktoś ze stanem w pułkach b. armji austrjackiej, a różnica wartości żołnierza w liczbie da się wyrazić!

A trzecia grupa lekarzy, która musi po książkę Składkowskiego sięgnąć, to ci, którzy czyto w służbie sanitarnej czy też linjowej byli w I. Brygadzie nieraz jako młodzi medycy lub uczniowie gimnazjalni i oni przeszlą autorowi swoje żołnierskie, serdeczne podziękowanie za chwile przypomnienia o swojej młodości górnej i chmurnej.

W. Mozołowski (Lwów).

Dialektyczny Materjalizm i kliniczna Medycyna. Prof. J. LIFSCHITZ. Medwydaw. Charków 1932. Większy format, 80 stronic.

Książka wydana jest w języku niemieckim przez Wszechukraińskie Towarzystwo popierania stosunków kulturalnych z zagranicą. W kapitalistycznej zachodniej Europie medycyna w ostatnim czasie odstępuje od poglądów materjalistycznych, sprzyjając mniej realnym kierunkom, pod hasłem „zpowrotem do Hippokratesa", zwracając sie znów do homeopatji, mówiąc o intuicji w rozpoznawaniu i leczeniu, zrywa się z pojęciem medycyny jako ścisłej wiedzy przyrodniczej w duchu filozofa idealisty B e r g s o n a, twórcy pojęcia intuicji. O wiele ważniejszy jednak jest racjonalizm, którym ludzkość świat zdobyła. Dlatego nie powinniśmy ulec filozofji mistycznej i wytrwać w dialektycznych materjalistycznych światopoglądach. Medycyna nie jest też sztuką jak malarstwo lub poezja, lecz realną nauką wynikającą z wiedzy i doświadczeń. Nauka i medycyna kroczą zawsze z duchem panującego światopoglądu. We Włoszech i Niemczech medycyna przyjmuje charakter burżujskiego faszyzmu, w Sowietach przyjmuje ona w dyspensorjach (lecznicach) formę kooperatywną. Ważniejszą niż patologja indywidualna staje się patologja ludzkości, której główną podstawą jest życie społeczne i jego urządzenia. Najważniejszem zadaniem lecznictwa sowieckiego jest diagnostyka socjalna i wczesne rozpoznawanie, które sprawnie się przeprowadza w zorganizowanych lecznicach, w których różni specjaliści kolektywnie współpracują. Praktyka prywatna zupełnie zanika, a w miejsce lekarza domowego wkroczyła w ZSSR. pracownia kooperatywno-sanitarna w postaci ośrodków lecznicowych. Do tego kierunku przystosowuje się też nauczanie medycyny w Sowietach, które odbywa się nietylko na wszechnicach, ale także w szpitalach, poradniach i pracowniach. W tym komuniźmie medycyny L. widzi jej rozwój i postęp, chociaż pacjent jest tam traktowany zupełnie mechanicznie.

Dr. Fels (Lwów).

Zazdrość i Medycyna. MICHAŁ CHOROMAŃSKI. Gebethner i Wolff. Warszawa. 1932.

Powieść ta mogłaby równie dobrze nosić tytuł „Zazdrość i Meteorologja" albo „Zazdrość i Wiatr", bo rola medycyny jest raczej mniej wyraźna, niż rola wiatru, który przez dłuższy czas dręczy mieszkańców miasta. Autor wprawdzie opisuje nam operacje i czerwone okulary rentgenologów, częstuje nas licznemi wyrazami na *„itis"* ale istotnego wpływu medycyna ani zajęcie chirurga na bieg wypadków nie miało. Bo przecie bohaterka powieści obdarza swem uczuciem i ułana, a mąż jej, niewątpliwie dręczony jest zazdrością bez względu na zajęcie domniemanego kochanka. Autor oczywiście chciał się pochwalić znajomością medycyny, do której ma wyraźną słabość, jak świadczą jego wywiady ze szpitala dla obłąkanych w Tworkach. W wywiadach tych znać zresztą ten sam dyletantyzm, który razi lekarza w ostatniej powieści. Nie można mu tego brać za złe, bo i wielki Zola nigdzie może więcej niedorzeczności nie wypowiedział jak w *„Docteur Pascal"*, do którego się tak sumiennie „dokumentował". O lekarzach pisze się wiele, że wymienię tylko Roger Martin du Gard *„Les Thibaud"* a szczególniej Leon Daudet *„Les Morticelles"*, *„La Lutte"*, ale trzymają się oni bardziej ogólnikowych tematów i nie popełniają wskutek tego pewnych „nieporozumień", które sie naszemu autorowi przytrafiają. Np. Chirurg rzuca w ciągu operacji ową cystę — jeżeli to była cysta — na ziemię, co świadczyłoby o małem zainteresowaniu dla anatomji patologicznej. Stosowanie tak zwanej „grzałki" po laparatomji wydaje się równie sensacyjne jak owo wyrażenie *„eingeklemmt"*, które może autor przeciągnął za włosy z operacji przepukliny, a nie ciąży pozamacicznej. Bądź co bądź te szczegóły medyczne przyczynią się niewątpliwie do zainteresowania się powieścią, a medycynie nic nie zaszkodzą.

Wacław Moraczewski (Lwów).

Rocznik Terapeutyczny. L'annèe thèrapeutique (Septième année 1932). A. RAVINA. Masson 1933, 176 stron, cena 16 ffr.

W tym roczniku terapeutycznym zebrał autor wszystkie „nowości" z dziedziny lecznictwa, które ukazały w ub. roku. Uwzględnione są nietylko publikacje francuskie, ale i niemieckie oraz angielskie. Książeczka dzieli się na 3 części. W pierwszej najobszerniejszej zebrane są najnowsze metody leczenia chorób i objawów chorobowych. Tu znajdują się między innemi: leczenie ropnia płuc przy pomocy dożylnych zastrzyków alkoholu — sposób podany jeszcze w poprzednim roku przez autorów polskich, następnie leczenie braku miesiączkowania przez upusty krwi, niedokrwistości złośliwej przez zastrzyki wyciągu wątroby, sokiem żołądkowym, kwasami aminowemi, wątrobą z dodatkiem żelaza i miedzi, dalej leczenie dychawicy oskrzelowej złotem, pląsawicy gorączką, cukrzycy przez diatermję trzustki, biegunki u dzieci przez surowe jabłka, padaczki acetylcholiną, krwawiączki wyciągami jajników, choroby Addisona przez wstrzykiwanie wyciągów z kory nadnerczy, choroby Basedowa przez naświetlanie Roentgenem lub stosowanie elektryczności, przewlekłego zapalenia szpiku kostnego przez przykładanie na ranę larw much i t. d. W części drugiej zatytułowanej: Metody i technika terapeutyczna, podane są: metoda znieczulania w czasie porodu czyli bezbolesne porody przy pomocy pernoktonu, skopolaminy i kofeiny, nowsze zabiegi uciskowe przy obustronnej gruźlicy płuc, przecinanie zrostów opłucnowych przy pomocy prądu diatermicznego, zastosowanie giętkiego gastroskopu, inhalacje mieszaniny bezwodnika węglowego i tlenu w okresie pooperacyjnym, wartość rozpoznawcza prześwietlania lampką sutek kobiecych. W trzeciej części zebrane są niektóre nowsze sposoby

leczenia, rozrzucone po różnych czasopismach. Dlatego też dla lekarza-praktyka, pragnącego stosować nowe sposoby leczenia, stanowiące nierzadko postęp w lecznictwie, książeczka powyższa jest polecenia godna. *Skowroński* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zaburzenia nerwowo-wydzielnicze w patogenezie cukrzycy. P. MAURIAC. Pres. Méd. Nr. 53. 1932.

Autor zaznacza, że mimo odkrycia insuliny patogeneza cukrzycy nie została jeszcze wyjaśniona i nie można uważać cukrzycy za uszkodzenie trzustki, jak to chcą niektórzy, starający się zjawiska przyrodnicze tłumaczyć w prosty sposób. Liczne obserwacje i badania doświadczalne przemawiają za tem, że w patogenezie cukrzycy ważną rolę odgrywają układ nerwowy z ośrodkiem regulacji cukrowej, i układ gruczołów dokrewnych z przysadką na czele. Ponadto niemniej ważne znaczenie posiadają też zaburzenia funkcjonalne wątroby, a w niektórych przypadkach należy przyjąć, że insulina, normalnie produkowana przez trzustkę, zostaje przez jakieś ciała unieczynniana. Główną rolę zdaje się jednak wywierać ośrodek regulacji cukrowej, od którego zależy wydzielanie insuliny i ciał przeciwnie działających. Za tem przemawiają między innemi znane spostrzeżenia, że cukrzyca doświadczalna u psów jest co do swego przebiegu, a częściowo i objawów zupełnie niepodobna do cukrzycy naturalnej, dalej, że u chorych na akromegalję i cukrzycę prostą *(diabetes insipidus)* często występuje cukier, i jeden taki przypadek kombinacji cukrówki z cukrzycą prawdziwą autor opisuje, podkreślając łączność, jaka zachodzi między gospodarką wodną a cukrową organizmu. W patogenezie cukrzycy naturalnej należy więc główne znaczenie przypisywać zaburzeniom ośrodków wegetatywnych i gruczołów dokrewnych. *Skowroński* (Lwów).

Białaczka szpikowa z ciałkami białemi wielojądrzastemi obojętnochłonnemi. P. EMILE - WEIL i G. SÉE. Pres. Méd. Nr. 55. 1932.

Autorowie podają 2 obserwacje własne, i 2 innych autorów opisane pod innemi nazwami, schorzenia układu krwiotwórczego, które cechowały się powolnym przebiegiem, dużą, nietwardą śledzioną, powiększoną wątrobą, przy braku wyraźniejszych zaburzeń funkcjonalnych. Obraz krwi charakteryzował się leukocytozą (40.000) z przewagą wielojądrzastych obojętnochłonnych (80%), z obecnością obojętnych myelocytów (1—5%), ze zwiększoną ilością wielojądrzastych kwaso- lub zasadochłonnych i z nieznaczną niedokrwistością, przy obecności jądrzastych ciałek czerwonych. Istnieje więc u ludzi, podobnie jak to już dawniej wykazano u psa, pewien typ przewlekłej białaczki, w której obraz krwi nie odpowiada zmianom spostrzeganym w układzie krwiotwórczym. We krwi krążącej widzi się wtedy dojrzałe ciałka krwi, podczas gdy ośrodki krwiotwórcze wskazują na nadczynność. Takie przypadki należy leczyć promieniami Roentgena, ponieważ śledziona jest tu bardzo wrażliwa i taka poprawa utrzymuje sie przez dłuższy czas; nie należy więc takich przypadków poddawać zabiegowi operacyjnemu usunięcia śledziony, jak to zrobiono przez pomyłkę w I. przypadku.
Skowroński (Lwów).

Pierwotna czy symptomatyczna agranulocytoza. E. SCHILLING. Med. Klin. Nr. 23. 1932

Stany bardzo silnego obniżenia ilości c. białych ziarnistych mogą mieć tło w innem schorzeniu, najczęściej zakaźnem ostrem lub przewlekłem, bądź też tła nie udaje się wykazać i te przypadki traktuje się jako postacie pierwotne. Autor opisuje obserwowany przez siebie, wyleczony przypadek agranulocytozy, w którym równocześnie z typowemi zmianami we krwi, jednak bez anemji i skazy krwotocznej, wystąpiły obj. ostrego zapalenia gardła z wysoką gorączką i to właśnie schorzenie gorączkowe możnaby przyjąć jako przyczynę schorzenia krwi. *Godłowski* (Kraków).

Ostra myeloza. F. LASCH. Med. Klin. Nr. 22. 1932.

Autor przedstawia przypadek ostrej białaczki szpikowej, przebiegającej z objawami zapalenia szpiku kostnego żuchwy, z towarzyszącemi ciężkiemi objawami zakażenia krwi. Bakteryj nie udało się wyhodować, obraz zaś krwi był typowy dla białaczki szpikowej. Przed kilkoma miesiącami badana krew tego osobnika z powodu przygodnego schorzenia, nie wykazała w obrazie krwinek białych żadnych odchyleń. Istniała możliwość, bądź *ostitis infectiosa* doprowadzająca do przemiany białaczkowej szpiku lub na tle białaczki wystąpił proces zakaźny miejscowy w szpiku kostnym.
Godłowski (Kraków).

Przypadek niedokrwistości złośliwej połączonej z marskością wątroby. L. REMEN. Med. Klin. Nr. 15, 1932.

Po opisie przypadku współistnienia niedokrwistości złośliwej z marskością zanikową wątroby, przedstawia podobne przypadki z piśmiennictwa, zastanawiając się nad podłożem tych zmian. Z uwag licznych autorów wynika, że te schorzenia mogą mieć wspólną etjologję lub jedno może powodować powstanie drugiego schorzenia. *Godłowski* (Kraków).

Angjopneumografja i jej zastosowanie przy gruźlicy płuc. L. de CARVALHO, E. MONIZ i A. LIMA. Pre. Méd. Nr. 56. 1932.

Autorowie omawiają szczegółowo technikę zabiegu stosowanego w celu otrzymania zdjęć rentgenologicznych naczyń płucnych, który polega na tem, że do żyły łokciowej wprowadzają sondę moczowodową Nr. 12—14 i posuwają ją aż do uszka prawego serca, poczem wstrzykują do tej sondy płyn kontrastowy t. j. kilka cm^3 120% jodku sodu. Dobre obrazy można otrzymać przy możliwie najkrótszej ekspozycji (1/100 sek).

W niektórych przypadkach nie udaje się jednak wprowadzić sondy. Badanie takie dla chorego nie stanowi żadnego niebezpieczeństwa, jodek sodowy tylko w 3% przypadków wywołał lekkie bóle głowy, łzawienie i katar nosa. Przez porównanie zwyczajnych obrazów rentgenologicznych płuc z takiemi zdjęciami angjopneumograficznemi można dokładniej poznać zmiany gruźlicze i ich charakter. *Skowroński* (Lwów).

Nadmuchiwanie żołądka w klinicznej radjologji. P. DUVAL i H. BÉCLÈRE. Pres. Méd. Nr. 50. 1932.

Autorowie podkreślają, że radjografja żołądka nadmuchanego gazem stanowi ważną metodę pomocniczą w rozpoznaniu zmian żołądka, szczególnie guzów rozrastających się do światła żołądka. Żołądek napełniają powietrzem przy pomocy sondy dwunastnicowej pod kontrolą wzroku. Przy podejrzeniu wrzodu żołądka ta metoda jest niewskazana. Wyniki otrzymane przy pomocy nadmuchania żołądka często uzupełniają inne badania rentgenologiczne.
Skowroński (Lwów).

Przyczynek do diagnostyki nerki podkowiastej. W. POLLAK. Med. Klin. Nr. 29. 1932.

Jako najpewniejszy i najczęstszy objaw nerki podkowiastej uważa autor obecność kieliszka w moście między obiema nerkami, uwidocznionym w obrazie rentgenowskim środkami kontrastowemi stosowanemi dożylnie. *Z. Godłowski* (Kraków).

Leczenie ostrej dychawicy gorączką wywołaną przez diatermję. S. M. FEINBERG i S. L. OSBORNE. Pres. Méd. Nr. 41. 1932.

Autorowie opierając się na dobrych wynikach leczniczych po sztucznej gorączce wywoływanej przez wstrzykiwanie różnych ciał, rozpoczęli takie leczenie, stosując diatermję u chorych na dychawicę. Chorych takich dokładnie osłaniali, by zmniejszyć oddawanie ciepła i przepuszczali prąd diatermiczny. Gorączkę dochodzącą do 40° utrzymywali na tym poziomie przez kilka godzin. W 30 przypadkach dychawicy, opornej na leczenie innemi sposobami, uzyskali poprawę lub dłużej trwające ustąpienie napadów, czasem przez jedno- lub kilkakrotne zastosowanie. Metoda ta nadaje się tylko dla przypadków uporczywych, a można ją stosować tylko u osobników ze sprawnem krążeniem. *Skowroński* (Lwów).

Leczenie przypadłości nerwowych w przebiegu ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek. G. PECO. El Dia Médico Nr. 7. 1932.

P. przytacza przypadek, w którym wystąpiły ciężkie, długotrwałe drgawki w przebiegu ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek po anginie. Leczenie: upusty krwi, nakłucie lędźwiowe, glukoza dożylnie, wodnik chloralu bez skutku. Dopiero podanie $Mg\ SO_4$ w ilości 10 g dziennie — usunęło drgawki — poczem pacjent wyzdrowiał. $Mg\ SO_4$ podaje się *per os* lub *per rectum* 30—60 cm^3 dziennie jako 50% roztwór, lub też 2% roztwór — 10 cm^3 na kg wagi ciała dożylnie. Ewentualnie domięśniowo jako 25% w ilości 0,2 g na kg wagi ciała. $Mg\ SO_4$ działa odwadniająco, znieczulająco i uspokajająco. *Mester* (Kraków).

Leczenie białaczki zimnicą. K. PASCHKIS. Med. Klin. Nr. 26. 1932 r.

W przypadku przewlekłej białaczki limfatycznej, z powodu zastarzałej kiły przeprowadzono leczenie szczepieniem zimnicy i widziano, że jak długo trwały objawy sztucznego zakażenia zimnicą, ilość ciałek białych znacznie się zmniejszała. Objaw to tylko przejściowy i pozornie korzystny, ponieważ po ustąpieniu gorączek ilość ciałek białych ponownie narastała do poprzednich ilości, a nawet przewyższała ją. W leczeniu więc białaczek szczepienie zimnicy nie ma żadnego znaczenia.
Godłowski (Kraków).

Wartość lecznicza wstrzykiwań krwi zwierzęcej, podawania boru i fluoru w chorobie Basedowa. Pres. Méd. Nr. 42. 1932.

Autor na podstawie obserwacyj klinicznych podaje wyniki leczenia choroby Basedowa przy pomocy powyższych środków polecanych przez niektórych badaczy. Wstrzykiwanie krwi baraniej lub wołowej (klinika Biera w Berlinie) nie daje lepszych wyników jak spokój i leżenie w łóżku. Stosowanie boru (boran sodu) lub fluoru (fluorek sodu) wywiera pewien wpływ na niektóre objawy chorobowe i nawet na przemianę materji, ale środki te mogą być uważane tylko za środki pomocnicze w leczeniu internistycznem przy stosowaniu znanych zabiegów jak spokój, dieta i środki uspokajające.

Skowroński (Lwów).

Leczenie borem w chorobie Basedowa. M. LOEPER, P. SOULIE i E. BIOY. Pres. Méd. Nr. 52. 1932.

Autorowie podnoszą, że bor, stosowany w postaci roztworu boranu sodowego i cytrynianu sodowego we wodzie albo też w innej postaci, daje dobre wyniki lecznicze, nietylko subjektywne, ale że pod wpływem tego leczenia zmienia się stosunek białek surowicy na normalny (wzrastają globuliny a spadają albuminy), a nawet zmniejsza się przemiana podstawowa (10—20% mniej jak przed leczeniem, ale utrzymuje się na wyższym poziomie, jak normalnie). W sprawie mechanizmu działania tego środka przypuszczają, że wpływa on na tarczycę albo na układ nerwowy ośrodkowy.

Skowroński (Lwów).

Nowy sposób leczenia nadtarczyczności kw. fluorowodorowym: V. GORLITZER. Med. Klin. Nr. 21. 1932.

Fluor znajduje się we krwi jak i w tkankach, a działa on na przemianę materji przez obniżanie glikolizy. Wychodząc z założenia, że ciało powodujące wzmożenie przemiany materji, tyroksyna ma w sobie jod, przeto przez zadziałanie na tyroksynę zapomocą fluoru można wpłynąć na zmniejszenie glikolizy, a przez to obniżenie przemiany materji. Autor poleca stosować fluor przez skórę w kąpieli w ilościach 20 cm^3 stężonego kw. fluorowodorowego na 200 l wody o temp. 36° przez 20 min. Przy przygotowywaniu kąpieli należy pracować w rękawiczkach gumowych, by uniknąć oparzenia skóry kw. fluorowodor. Wzmożona przemiana materji podstawowa bardzo znacznie się obniża, a ciężar ciała się podwyższa przy stosowaniu tego sposobu leczenia. Niestety wiele przypadków jest na nie oporne.

Godłowski (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Wyniki po cięciu cesarskiem brzusznem w 1930 r. WARD F. SEELEY. (Detroit, Mich.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 1. 1932.

Autor rozpatruje wyniki po cięciu cesarskiem brzusznem, wykonanem w miejskim szpitalu w 203 przyp. na 33,988 porodów, odbytych w ciągu roku 1930. Były to następujące przypadki: ścieśnienie miednicy 73 razy, łożysko przodujące 19 r., zapalenie mięśnia sercowego chroniczne 9 r., drgawki połogowe 9 r., włókniaki macicy 7 r., przedwczesne odklejanie się łożyska 6 r., toksyczne zapalenie nerek 4 r., położenie poprzeczne 2 r., stare pierwiastki 4 r., torbiel jajnika 1 r., złamanie miednicy 1 r., gruźlica płuc (ze sterylizacją) 1 r., rak szyjki macicy 1 raz i t. p.

Operowano w ciele macicy 105 r., z tego umarło 8, w dolnym odcinku 87, nie zmarła żadna, sposobem Porro operowano 11, zmarła 1. Śmiertelność dzieci wynosiła 12.8%, wlicza w to jednak 5 wcześniaków, 2 dzieci z wodogłowiem, 1 z wadą rozwojową i 1 z obustronnem zapaleniem nerek. Po wykluczeniu tych dzieci odsetek śmiertelności dzieci wynosi 6.4%.

Odnośnie do śmiertelności matek to ogólny odsetek zgonów wynosi 7,6, jeśli jednak rozpatrzy się historje chorób, to stosunek ten zmniejszy się na 5.7%, gdyż nie wszystkie wypadki śmierci można odnieść do zabiegu operacyjnego. Autor sądzi, że jeszcze lepsze wyniki można było osiągnąć stosując w przypadkach łożyska przodującego zapobiegawczo, przed operacją przetaczanie krwi.

Wiślański (Lwów).

Rozbiór krytyczny 100 przypadków pękniętej ciąży zewnątrzmacicznej. J. V. RICCI, S. DI PALMA (New York, N. Y.). Amer. J. of. Obst. a. Gyn. V. XXII. nr. 6.

Autor omawia 100 przypadków pękniętej ciąży zewnątrzmacicznej, a między niemi 11, w których zastosowano autohemofuzję t. j. przetoczenie do żył krwi wylanej do jamy brzusznej zapomocą obszernie opisanej metody i sądzi, że sposób ten jest nietylko tani, ale również i dogodny i nie przestawiający niebezpieczeństwa dla chorej. Jako zalety tej metody uważają autorzy możność zużytkowania własnej krwi chorej, która okazała się zupełnie przydatną jeszcze w 24 godz. po wylaniu się do jamy brzusznej.

Wiślański (Lwów).

Rozpoznanie grożącej śmierci wewnątrzmacicznej płodu. R. S. TITUS (Boston, Mass.). Amer. J. of Obst. a. Gyn. V. XXII. Nr. 3.

Rozpoznanie śmierci grożącej płodowi wewnątrz macicy jest możliwe w niewielu tylko przypadkach, ponieważ największa ilość tych śmierci wydarza się u kobiet cierpiących na cukrzycę, schorzenia nerek, zatrucia ciążowe i nawykowe przedwczesne porody w ósmym miesiącu. Zdaniem autora uchwycenie właściwego momentu, w którym możliwy jest jeszcze ratunek zagrożonego płodu będzie łatwiejszy dopiero wówczas, gdy zwiększy się opieka nad kobietą ciężarną, gdy zwiększy się częstość badania jej w ciąży i umożliwi przyjmowanie do zakładu tych ciężarnych, które powinny znajdywać się w stałej opiece zakładowej.

Wiślański (Lwów).

Rozbiór krytyczny 82 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej. LEWIS C. SCHEFFEY, THOMAS R. MORGAN, CHENEY M. STIMSON (Philadelphia, Pa.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 1. 1932.

Z pracy autora wynika, że przypadki zewnątrzmacicznej ciąży stanowią 2.19% wszystkich chorych ginekologicznych. 74% chorych było w wieku od 23 do 35 lat. Wbrew przekonaniu niektórych autorów, ciąży zewnątrzmacicznej nie poprzedzał dłuższy okres niepłodności.

Co do przyczyn, to w 30% przypadków chore przebyły różne zapalenia na tle porodów, poronień i zakażenia gonokokami, w 37% wywiady wykazywały przebyte zabiegi operacyjne, w 8.5% zaś guzy i nowotwory macicy i przydatków. Prawie w 2/3 przyp. badanie histologiczne wyciętej trąbki wykazało przeszkodę mechaniczną uniemożliwiającą przejście zapłodnionego jaja, jako zejście spraw zapalnych.

Wszystkie chore odczuwały charakterystyczny ból, natomiast nieregularne krwawienie wystąpiło jedynie w 88%. Zapad wystąpił tylko w 1/4 przyp. Badanie obrazu krwi, ciśnienia, opadania, jako też ciepłoty ciała nie wykazało jakichś stałych praw, których możnaby było ewentualnie użyć do rozpoznania różniczkowego. Powikłań pooperacyjnych prawie nie stwierdzono, śmiertelność zaś operacyjna wynosiła 2.5%.

Rozpoznanie było trafne w 78.7%, większość chorych operowano w przeciągu 24-ch godzin.

Wiślański (Lwów).

Ciaża śródmiąższowa VIII m. G. DÖDERLEIN. Archiv. f. Gyn. T. 146. z. 3.

Dokładny opis makro- i mikroskopowy ciąży 8 miesięcznej, niepękniętej. Jako przyczyny śródściennego usadowienia się jaja podnosi autor nieprawidłowości w świetle trąbki, albo ślepy kanał, rodzaj uchyłka, w tej części trąbki, która przebiega w ścianie trąbki, lub wreszcie obecność w ścianie macicy torbieli, która komunikowała z trąbką, a do której zapłodnione jajko przypadkowo się dostało.

Wszystkie te możliwości mogą tłumaczyć dalszy rozwój jaja płodowego wśród ściany macicy.

W opisanym przypadku nie przyszło do pęknięcia ciąży dzięki sprzyjającym warunkom a mianowicie, że jaje rozwijało się głównie w kierunku bocznej ściany macicy a częściowo także i dna macicy. Nie bez znaczenia była również i okoliczność, że łożysko usadowione było na szerokiej przestrzeni i bardzo powierzchownie a nadto niezwykła odporność mięśnia macicznego.

K. B. (Lwów).

Leczenie hormonalne zaburzeń w krwawieniach. PAUL WEISS (Bratislawa). Zblt. f. Gyn. Jg. 56, Nr. 43.

Na wstępie podnosi autor korzyści rozpoznawcze i lecznicze, wynikłe z postępu hormonologji w ostatnich latach. Poczem przytacza swe doświadczenia nad stosowaniem hormonu jajnikowego *„Fontonon"* i hormonu przedniego płatu przysadki mózgowej pod nazwą *„Horpan"*. Badania te aczkolwiek oparte na dość skąpym materjale, pozwoliły jednak autorowi stwierdzić przewagę preparatów hormonalnych nad dotychczas stosowanemi wyciągami z narządów. Poza tem korzystne wyniki lecznicze były zależne przedewszystkie od tego, czy w danym przypadku kontrolowano mocz ranny według metody Zondeka na zawartość odpowiednich hormonów.

Dr. M. Dubicki (Lwów).

Doświadczenia nad leczeniem hormonem jajnikowym braku i bolesnej miesiączki. W. SCHEIDT (Berlin). Zblt. f. Gyn. Jg. 56. Nr. 43.

Autor leczył 45 pacjentek zapomocą *„Panhormon"* Heninga, który to preparat poza hormonem jajnikowym posiada jeszcze dodatek wyciągu z ciałka żółtego. Na 6 pacjentek z hipoplazją macicy i infantylizmem u 4 dało leczenie wyniki dobre, u 2 pozostało bez skutku. Na 21 po obustronnem wycięciu jajników leczo-

nych z powodu wypadnięcia ich funkcyj otrzymał w 16 wypadkach wyniki korzystne, w 5 mierne.

W 11 przypadkach zaburzeń miesiączkowych, przy schorzeniach przydatków wyniki leczenia u 7 były dobre, u 3 mierne, w 1 niekorzystne. W 4 przypadkach przekwitania przedwczesnego *(climax praecox)* 3 wyniki dobre, 1 bez efektu. Doszedł przytem do wniosku, że polecenia godnem jest podawanie preparatów w sposób kombinowany, początkowo pozajelitowo, później doustnie zmniejszając stopniowo dawkę. W ciężkich przypadkach dobrze działa podany uprzednio *„Luteogan"* Heninga, który wpływa podobno na regenerację błony śluzowej. *Dr. M. Dubicki* (Lwów).

Wartość kliniczna wszczepiania własnego i cudzego jajnika. WERNER BICKENBACH. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1. 1932.

Na mocy własnego materjału i statystyk zebranych z kilku innych zakładów dochodzi autor do wniosku, że przeszczepienie jajnika z innego osobnika jest tylko bodźcem hormonalnym, a chyba wyjątkowo zastąpi jajnik własny. Bodziec ten jest jednak silniejszy niż przy leczeniu preparatami hormonalnemi.

Co do wszczepiania jajnika własnego, to na zebranych przez autora 83 przypadków usunięcia przydatków z pozostawieniem macicy, w 63 przypadkach powróciły znów miesiączki. Z 14 kobiet, u których usunięto także macicę, 10 nie miało żadnych zaburzeń wypadnięcia funkcji. Choć działanie wszczepionego jajnika nie jest ani pewne ani trwałe, to jednak doradza autor wszczepiać usunięty jajnik lub jego części u kobiet poniżej 40 lat, u których usunięto bądź same przydatki bądź również i macicę.

Zb. Rychłowski (Lwów).

O tak zw. hormonie przedniego płata przysadki mózgowej w płynie mózgowo-rdzeniowym. K. EHRHADT (Frankfurt u/M). Zblt. f. Gyn. Jg. 56, Nr. 43.

W związku z pracą Dr. Hiroshi Hashimoto również na powyższy temat zwraca autor uwagę, że już 1½ roku temu opisał przypadek zaśniadu groniastego, z obecnością hormonu p. płata przys. mózg. w płynie mózgowo-rdzeniowym (w il. 2 j. m. w cm³), podniósł wówczas ewentualną wartość rozpoznawczą tego zjawiska. Uważa więc obecną pracę japońskiego autora za potwierdzenie swych dawnych spostrzeżeń. *Dr. M. Dubicki* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie w dniu 21 kwietnia 1932 r. w Wydziale Wychowania Fizycznego i Higjeny Szkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Przewodniczący: Dr. St. Kopczyński.

Przewodniczący zdaje sprawozdanie z Kursu dla lekarzy szkolnych, który się odbył w dn. 4—16 IV. 1932 r. Kurs udał się całkowicie. Słuchacze stwierdzili jednogłośnie, że wiele skorzystali, prelegenci zaś byli zbudowani pracowitością słuchaczy.

Dr. Raschpichler podaje informacje, jakie otrzymał w sprawie stosunku lekarzy do Związku Pracowników Umysłowych. Naogół dla lekarzy korzyści z ubezpieczenia w Z. U. P. U. są niewielkie, jeśli bowiem stracili etaty przed nabyciem praw do emerytury państwowej to w Z. U. P. U. nic nie otrzymają. Pewien interes przedstawia to ubezpieczenie dla lekarzy w starszym wieku.

Dr. Zborowski zapytuje, czy są jakieś druki w sprawie sprawozdań rocznych.

Przewodniczący informuje, że Ministerstwo zamierza wydać w maju pewne dyrektywy w tej sprawie.

Dr. Jan Kuchta wygłasza referat na temat: *„Podstawy psychologiczne nowych programów szkolnych"*.

Praca programowa w dobie współczesnej nie może pomijać wyników badań psychologicznych nad dzieckiem, skoro chce być naprawdę poważną i dać dobre rezultaty w praktyce. Rozumieli znaczenie badań nad „osobowością dziecka" — jako punktem wyjścia do pracy programowej także i twórcy nowych programów polskich w całej pełni — stąd ich dążenia do oparcia ich o podstawy psychologiczne.

„Materjał nauczania" — jego „jakość" i „ilość", a nawet „metoda" przyswajania go uczniowi, starano się więc dostosować do stanu rozwoju psychicznego młodzieży w poszczególnych fazach rozwojowych.

W okresie średniego dziecięctwa do mniej więcej średnich lat życia starano się uwzględnić specyficzny stosunek dziecka do otaczającego je świata zjawisk — stosunek iluzyjny, zabawowy, przeżyciowy. Starano się uwzględnić, wiążąc materjał „prelogizm" w myśleniu dziecka i specyficzne formy dziecięcej struktury umysłu: artyficjalizm, animizm, naiwny realizm, transdukcję, synkretyzm spostrzegania i rozumowania.

W okresie późnego dziecięctwa do mniej więcej 12-tego roku życia brano pod uwagę „realizm" dziecka, zaznaczający się podówczas poważnie — zainteresowanie się dziecka realnym światem zewnętrznym — jego prąd do dociekania, konstruowania, majstrowania, zbierania. Starano się wykorzystać w tym kierunku ten okres życia dziecka, w którem ono porzuciwszy naiwne zabawy — chce dużo poznać, dużo wiedzieć, zasypuje pytaniami o najrozmaitsze rzeczy otaczające je osoby, zdradza zainteresowanie dla robinsonady.

W okresie przedpokwitania (rok 12-ty do 14-go mniej więcej) rozróżniono dwa podookresy: fazę przyrostu sił (fazę zapowiadającą), w której struktura psychiczna dziecka jest zbliżona do struktury w okresie poprzednim, ale w której zaczyna się pewien ferment (cielęce lata) budzi się zainteresowanie podróżami, przygodami, sensacyjną lekturą tudzież fazę negatywną, — fazę osłabienia zainteresowań, mniej intensywnej pracy umysłowej, niemożności skupienia uwagi, podatności na złe wpływy rozdarcia wewnętrznego i dobrego samopoczucia, odczuwanego rozdrażnienia — a w związku z tem konieczności pewnego ograniczenia materjału około 10—14 lat i odpowiedniej jego jakości t. j. by nie był to materjał abstrakcyjny, pamięciowy, lecz raczej konkretny.

W okresie pokwitania (r. 14—17 mniej więcej) w okresie „burzy duchowej" uwzględniono doniosły fakt zwrotu zainteresowań ucznia ku własnemu ja „duchowemu" — budzenie się problemów — pierwszy z tej dziedziny problemów głębszy — celu i sensu życia, granic poznania, już około 16-tego roku życia — a nadto problemów religijnych, społecznych, politycznych, problemów związanych z odkryciem własnej jaźni i jaźni drugich.

W okresie młodzieńczym (rok 17—21) zwrócono uwagę na zaczynającą się podówczas budzić tendencję do wypracowania własnego poglądu na świat, do syntezy i podejmowania próby wewnętrznego zharmonizowania. Tendencję tę zasadniczą dla tego okresu życia wykorzystano dla celów wychowania i nauczania.

W ten sposób starano się zasypać przepaść ewentualną między psychiką dziecka a materjałem nauczania, obowiązującym w szkole.

Dr. Narkiewicz podziela zdanie, że dotychczasowe metody kształcenia w Śr. Zakł. Nauk. nie były dostateczne. Program był zbyt obszerny, trudny do objęcia, powodował dyletantyzm. Nie było dotychczas zainteresowania młodzieży programem szkolnym. Całe zainteresowanie młodzieży było skierowane do samokształcenia. Nowe zmiany dążą do zmniejszenia programu, udoskonalenia metod nauki, wyrobienia samodzielnego poglądu na świat.

Dr. Piotrowska podkreśla, że z punktu widzenia profilaktyki przepracowania należy gorąco powitać nową ustawę szkolną. Dotychczasowe programy wpływały na rozwój nerwowości wśród dzieci.

Dr. Bogdanowicz zapytuje, czy nowe programy uwzględniają różnicę psychiki dziewcząt i chłopców, oraz różnicę okresu dojrzewania tych odrębnych płci.

Dr. Cieszyński zapytuje, czy w nowych programach szkolnych pozostawiono miejsce dla uczuć społecznych, oraz czy przełom załamania w okresie dojrzewania jest dostatecznie wzięty pod uwagę.

Dr. Szwarcman pyta, czy program 1 i 2-iej kl. gimn. będzie specjalnie nastawiony na pierwsze lata dojrzewania.

Przewodniczący pyta, czy przy układaniu nowych programów zastanawiano się nad tem, jak pogodzić koszarowe, masowe nauczanie z różnicą indywidualności.

Dr. Kuchta odpowiada, że podczas rozpatrywania różnicy psychologicznej dziewcząt i chłopców powstał spór, który został rozstrzygnięty. Sądzą, że różnica psychiki dziewcząt i chłopców dotyczy raczej ilościowego zagadnienia. Nowy program szkolny bierze pod uwagę przedewszystkiem, czy prędszy, czy też wolniejszy jest rozwój umysłowy obu płci.

Przy opracowywaniu programów zastanawiano się dużo nad momentem dojrzewania płciowego, ale to zagadnienie nie jest jeszcze definitywnie załatwione.

Największy spór był przy najtrudniejszem zagadnieniu różnicy indywidualności, a masowem nauczaniu. Polska pedagogika wierzy w nauczyciela, jako istotę twórczą, a nie mechanizm wykonawczy.

Program pierwszych klas gimnazjalnych jest dostosowany do okresu dojrzewania płciowego.

Sekretarz: *Dr. W. Bitnerowa.*

NEKROLOGJA.

Bł. p. Dr. med. Jakób Puterman.

Dnia 8 stycznia b. r. zmarł w Sosnowcu bł. p. Dr. med. Jakób Puterman, który swą pracą i wiedzą lekarską utrwalił pamięć o Sobie u wdzięcznych pacjentów i wysoce ceniących Go Kolegów.

Zmarły, urodzony w Zamościu w r. 1857, po ukończeniu progimnazjum w Zamościu, II. gimnazjum w Warszawie i wydziału lekarskiego uniwersytetu Warszawskiego, otrzymał dyplom lekarza w r. 1881. W tymże roku uzyskał złoty medal za pracę naukową o próbie usznej Wendt-Wredena.

Przyzwyczajony do gruntownych studjów i szacunku dla wiedzy lekarskiej, reprezentowanej wtedy przez koryfeuszów medycyny, jak profesorzy Hoyer, Kosiński i inni, uzupełniał pozyskaną wiedzę przez dodatkowe studja na poliklinice wiedeńskiej i innych klinikach oraz oddziałach szpitalnych w kraju i zagranicą w celu sumiennego pełnienia obowiązków lekarza na prowincji.

Po kilkuletniej pracy lekarskiej w Serocku i Koszycach osiadł Kol. Puterman w r. 1892 w Sosnowcu, jako internista i pedjatra, gdzie z 4-letnią przerwą podczas wojny pracował do końca swego życia. Jeszcze niedawno, bo w roku 1931, obchodził Zmarły 50-letni jubileusz praktyki lekarskiej.

Na terenie stosunków lekarsko-naukowych prowincjonalnych zmarły Kolega pracował początkowo w Towarzystwie Lekarskiem Częstochowskiem i Zagłębia Dąbrowskiego, potem jako członek Zarządu miejscowego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego i pełnił obowiązki bibljotekarza, dbając szczególnie o rozwój, staranne przechowanie księgozbioru i umożliwienie korzystania z bibljoteki. Ostatnio jako wiceprezes tegoż Towarzystwa, pomimo pogarszającego się stanu zdrowia, nie opuszczał Zmarły ani posiedzeń Zarządu, ani też naukowych posiedzeń, bardzo często zabierając głos, cechujący się zawsze gruntowną wiedzą, opartą o naukowe studja.

W uznaniu sumiennej pracy oraz nieustawaniu w śledzeniu postępów nauki Zmarły był zawsze zaszczytnie ceniony przez Kolegów, świadków Jego pracy i wiedzy i zaliczony do grona członków honorowych Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego w roku 1926, a członkiem honorowym Twa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w r. 1929.

Ceniąc naukowe stanowisko lekarza Dr. Puterman już w podeszłym wieku, bo w r. 1927 poddał się wyznaczonym egzaminom i po chlubnem zdaniu i przedstawieniu jednej ze swoich prac, a mianowicie: „Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny" w dniu 2 grudnia 1927 r. otrzymał tytuł doktora medycyny na uniwersytecie Warszawskim.

W pracach Zmarłego, prócz licznych przyczynków o charakterze praktycznym, jak, „Przypadek bezmoczu u 2-letniego dziecka", „Przypadek rany drążącej do jamy brzusznej" i wielu innych, znajdujemy prace o charakterze teoretycznym, jak „Kilka słów w sprawie aglutynacji", „O mleku krowiem", „O jodometrycznem miareczkowaniu cukru", „O krętku bladym", „O metodzie wiązania aleksyny", oraz prace z zakresu społeczno-lekarskiego, a więc: „Władysław Biegański i jego działalność zawodowo-lekarska", „O pracowniach diagnostyczno-analitycznych prowincjonalnych" i t. d.

Wszystkie te prace cechowały dokładne wystudjowanie przedmiotu, gruntowne zaznajomienie się z odpowiednią literaturą i szerokie ujęcie.

Ostatnio Zmarłego najbardziej interesowały przypadki na tle chorób nerwowych i pozostawił On tego dowody w pracach następujących: „Przypadek dziedziczno-rodzinnego obustronnego porażenia mózgowego *(Diplegia cerebralis heredito-familiaris)*" i w ostatniej swej pracy z maja 1932 r.: „Z kazuistyki dziedziczno-rodzinnej postępującej myopatji" z opracowaną przez Siebie tablicą semjotyki różniczkowej czterech postaci postępującej myopatji.

Liczne streszczenia wykładów klinicznych, pokazy na posiedzeniach naukowych lekarskich ciekawych przypadków z praktyki lekarskiej uzupełniają ten krótki opis Jego naukowej i piśmiennej pracy.

Gruntowne przygotowanie naukowe Zmarłego odbiło się na Jego postępowaniu przy badaniu i leczeniu chorych, dla dobra których korzystał On obszernie i stale z ostatnich wskazań wiedzy lekarskiej, śledząc sumiennie i dokładnie postępy diagnostyki i terapji.

Wysoce prawy i obowiązkowy nie zajmował nigdy i nie starał się o obejmowanie płatnych stanowisk, które jak przypuszczał, mogłyby narażać na kolizję obowiązków lekarza i zależnego pracownika.

W stosunku do Kolegów był wzorem postępowania koleżeńskiego, wysoko cenił młodszych kolegów, u których stwierdzał tendencje łączenia swego zdania i obserwacji z pracami, ogłoszonemi drukiem, i chętnie dawał wskazówki i służył swą naukową pomocą radzącym się Go kolegom, namawiał ich słowem i przykładnym czynem do pracy naukowej.

Szedł Zmarły, zacny i niezapomniany Kolega Jakób Puterman, wedle słów proroka Izajasza, który mówi: „Gdy łaknącemu wylejesz duszę swoją i duszę strapioną uzupełniasz, w ciemnościach wnijdzie światłość twoja, i ciemności twoje będą, jako południe".

„Ma być zasługom zapłata" mówi Skarga. I my przekonani jesteśmy, że bł. p. Dr. med. Jakób Puterman spotka się z zasłużoną zapłatą w zaświatach, i ocenione będą i Jego prawość i sumienność, i oddanie się zawodowi, szukającym ukojenia chorym i wysoce przykładne postępowania koleżeńsko-lekarskie.

Cześć Jego pamięci!

Dr. Zygmunt Kotarski.

Sosnowiec, w lutym 1933 r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. Dr. Wiktor Reis mianowany został członkiem honorowym „Societatea Regală Română de Istoria Medicinei" w Bukareszcie.

Dr. Robert Bernhardt, ordynator Szpitala św. Łazarza w Warszawie, został odznaczony godnością członka honorowego Czesko-Słowackiego Tow. Dermatolog. i Wenerolog. w Pradze.

Komendant Szkłody Podchorążych Sanitarnych w Warszawie płk. dr. Władysław Osmolski, został dnia 15 lutego przeniesiony do Poznania, na stanowisko Szefa Sanitarnego 7 Okr. Korpusu.

Komendantem Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie został mianowany płk. dr. Ksawery Maszadro.

Na dorocznem walnem zebraniu Paryskiego Tow. Chirurgów przyznano nagrodę (Prix Cathelin) w zakresie chirurgji narządu moczowego Emanuelowi J. Sobieskiemu za pracę p. t.: „Przyczynek do badań nad wartością nefropyelografji dożylnej dla diagnostyki urologicznej".

W paryskiej Akademji Medycyny odbyły się wybory na członka tytularnego sekcji II. (chirurgicznej). Wybrany został Cunéo otrzymawszy większość głosów przed Marion'em, Lenormant'em, Baumgartner'em, Fredet'em. Ombrédanne'm i Terrien'em.

Zmarli.

W Paryżu zmarł Dr. Julian Potocki, profesor szkoły położnych La Maternité.

W Wiedniu zmarł pedjatra Prof. Dr. Leopold Moll znany ze swych badań nad odżywianiem oseska i organizacji opieki nad dzieckiem w Austrji.

Prof. Ernest Pfeiffer w Hamburgu.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

VI. posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 3. III. 1933. 1) Kol. Demianowska, człon. Twa: Niezwykły przebieg nowotworu mózgu. 2) Kol. Jaburek, człon. Twa: Neuralgja nerwu trójdzielnego przy nowotworze jamy noso-gardłowej. 3) Kol. Kielanowski T., człon. Twa: a) preparaty przypadków śmiertelnych zatorów płuc, b) Preparaty podkowiastych nerek torbielowatych. 4) Kol. Trawiński, gość: Biologja, patologja i sposoby rozpoznawania włośnicy (wykład).

VII. posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 10. III. 1933. 1) Kol. Jaburek, człon. Twa: Pokaz chorego po operacji nowotworu móżdżka. 2) Kol. Moraczewski, człon. Twa: Wpływ diety na wydzielanie kwasu moczowego i zawartość moczanów we krwi (wykład).

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 7. III. 1933. 1. Mikułowski W.: Pląsawica ogólna u dwojga dzieci kiłowych (pokaz). 2. Grott J. W.: Cukromocz w ciąży.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej rozpisało ankietę w sprawie czytelnictwa lekarskiego polskiego. Materjały, tą drogą zebrane, będą zużytkowane do referatu, który bedzie wygłoszony w Sekcji Prasowej XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Ankieta została dołączona do Nr. 3. Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich.

Międzynarodowy Kongres Walki Naukowej i Społecznej z Rakiem odbędzie się w Madrycie 25—30 października 1933. Tematy programowe: Biologja komórki rakowej; Wczesne rozpoznanie raka; Leczenie raka; Guzy układu nerwowego; Rak zawodowy; Statystyka raka; Organizacja walki z rakiem; Zapobieganie schorzeniom rakowatym. Sekretarz Kongresu: Dr. J. Bejarano, Atocha 104, Madrid.

Tydzień odontologiczny w Paryżu odbędzie się w czasie od 25. III. — 2. IV. b. r. w Grand Palais. Równocześnie z wykładami otwarta będzie wystawa. Udział biorą także lekarze i wystawcy zagraniczni.

Włoski Kongres Stomatologiczny z udziałem dentystów zagranicznych odbędzie się w Rzymie od 18—21 kwietnia b. r.

Sprawy zawodowe.

Komisarjat Rządu m. stoł. Warszawy zatwierdził statut Tow. Zwolenników Medycyny Tybetańskiej. Do zadań towarzystwa należy: 1) naukowe badanie wiedzy lekarskiej i nauki przyrodniczej starożytnego Dalekiego Wschodu, Indyj, Tybetu i Mongolji, 2) popieranie lekarzy posiadających uniwersyteckie dyplomy naukowe, oraz prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, a pracujących nad rozwojem zasad medycyny tybetańskiej, 3) zwalczanie wszelkiego rodzaju znachorstwa, powołującego się na medycynę tybetańską. Towarzystwo wydaje własne pismo p. n.: „Lekarz Tybetański".

Zarząd Wydziału Szpitalnictwa magistratu m. Warszawy przyznał w szpitalach miejskich 15 miejsc dla praktyki studentom cudzoziemcom, studjującym medycynę na uniwersytetach zagranicznych, pod warunkiem, że taką samą liczbę miejsc otrzymają studenci Polacy na uniwersytetach zagranicznych.

W Nowym Jorku wprowadzono badanie lekarskie handlarzy środkami spożywczemi u lekarzy prywatnych. Organa służby zdrowia poszły w tym wypadku w kierunku rozszerzenia praktyki prywatnej.

Z końcem miesiąca nastąpić ma w Warszawie uruchomienie nowozbudowanych 16 filtrów szybkosączących. Wraz z ukończeniem tych bardzo kosztownych instalacyj usuniętą zostanie jedna z największych bolączek higjenicznych stolicy, jaką jest niedostateczne zaopatrywanie miasta w wodę.

Magistrat m. Warszawy wprowadził z dniem 1 marca we wszystkich szpitalach miejskich i zakładach położniczych 10-godzinny dzień pracy, zamiast dotychczasowego 8-godzinnego. Przedłużenie dnia pracy dotyczy służby salowej i pielęgniarskiej.

Różne.

Belgijska Liga Wychowania Fizycznego obchodzi 25-lecie swej pracy. Jubileuszowe wydanie organu Ligi (Revue de l'Education Physique) zawiera też artykuł prof. Dra E. Piaseckiego.

Komunikaty.

W tych dniach odbyło się w Państw. Szkole Higjeny zamknięcie VIII-go kursu trachomatologji i okulistyki społecznej dla lekarzy. Na kurs zgłosiło się 45 kandydatów; ukończyło kurs 38 lekarzy ze wszystkich województw Polski, przyczem 25-ciu lekarzy otrzymało z Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej zasiłki na odbycie kursu. W poprzednich 7-miu kursach brało udział 373 słuchaczy, czyli ogółem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państwowej Szkole Higjeny 411 słuchaczy.

Gospodarzem 21. Sekcji Pedjatrycznej XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu (od 12—15 września 1933 r.) jest prof. K. Jonscher, Poznań, ul. Marji Magdaleny 3, Klinika Chorób Dziecięcych U. P. Program Sekcji Pedjatrycznej obejmuje 2 tematy główne: 1. Leczenie kiły wrodzonej — Ref.: prof. Jasiński z Wilna i prof. Walter z Krakowa. Posiedzenie wspólne z Sekcją Dermatologiczną. 2. Warunki pracy dzieci w szkole — Ref.: prof. Nawroczyński z Warszawy i Dr. Bogdanowicz z Warszawy. Posiedzenie wspólne z Sekcją Higjeny Szkolnej i Wychowania Fizycznego. Poza tem odbędzie się posiedzenie wspólne z Sekcją Otolaryngologiczną, na porządku dziennym którego są referaty omawiające ropne zapalenie ucha u dzieci i niemowląt. Termin zgłaszania referatów ustala się na dzień 1. IV. 1933. Wskazówki dla zgłaszających wykłady — w odezwie Komitetu Organizacyjnego.

Międzynarodowe Tow. Szpitalnictwa urządza swój III. Zjazd w Knocke sur Mer w Belgji 28. VI. do 3. VII. 1933. Pol. Tow. Szpit. jako członek tej organizacji międzynarodowej wzywa członków i sympatyków do wzięcia udziału w zjeździe i czyni starania o ulgi paszportowe i przejazdowe. Po zjeździe 5-dniowa wycieczka do Holandji. Bliższe szczegóły Warszawa, Widok 23.

Wydział lek. Uniw. w Wiedniu urządza Kurs dokształcający dla lekarzy w oto-ryno-laryngologji od 3—15 kwietnia br. Po zakończeniu kursu odbędzie się szereg kursów na poszczególnych klinikach i zakładach: wewnętrznej prof. Jagića (8 dni), dziecięcej prof. Hamburgera (11 dni); kobiecej prof. Weibla (7 dni); skórnej prof. Kerla (10 dni); zakładzie państwowym opieki nad matką i dzieckiem prof. Molla (8 dni); zakładzie dla nerwowo chorych prof. Gerstmanna (11 dni). Kursy prowadzą asystenci zakładów w miarę zgłoszenia się dostatecznej ilości słuchaczy.

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji, Francji i Włoch. Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (Baden, Payerbach, Semmering 7—12. IV. 1933), a następnie Solnogród, Innsbruk, Paryż (Institut Pasteura, Prof. Dr. Calmette), pojadą do Marsylji, Cannes, Nicei (spotkanie z prezydentem Dr. M. Faure, towarzystwa lekarskiego na Rivierze), Monte Carlo, Mentony, odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoffa (znanego z operacyj odmładzania) i zobaczą Genuę i Rzym. W powrocie do Wiednia zwiedzą Florencję (24. IV. 1933). Osoby (z wszystkich krajów), które pragną się przyłączyć otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: „Studien- und Gesellschaftsreisen" Wien (Wiedeń), I. Biberstrasse 11 1/6.

Stypendjum rozdzielane przez „Ella Sachs Plotz Foundation" jest przeznaczone dla badaczy pracujących nad rozwiązaniem różnych problemów medycyny i innych gałęzi wiedzy z nią związanych. Może służyć tylko do pokrycia nadzwyczajnych wydatków związanych z badaniami jak np. zakup aparatów specjalnych, nigdy zaś do pokrycia kosztów normalnego wyposażenia laboratoryjnego. Szczegółowo umotywowane podania przyjmuje do 1. V. b. r. Joseph C. Aub, Collis P. Huntington Memorial Hôspital, 695 Huntington Avenue, Boston (Massachusetts).

Redakcja otrzymała:

Jean Valtis: Le virus tuberculeux. Masson. Paris. 1932.

J. Delmas et G. Laux: Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. Masson. Paris. 1933.

L. Szajerowicz: Krytyczny pogląd na leczenie zdrojowo-kąpielowe. Odb. z „Przeglądu Zdrojowo-kąpielowego".

J. Kallay: Prirucnik zubnog liječništva. Liječnički Vjesnik. Zagreb. 1933.

M. Ascoli et M. Lucace: Le pneumothorax bilatéral simultané. Masson. Paris 1932.

E. Sergent: Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. Masson. Paris. 1933.

B. Le Bourdellès et J. Jalet: La tuberculose du lobe azygos. Masson. Paris. 1933.